L'ODONTOLOGIE

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE ET L'ODONTOLOGIE RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. Majesté et L. Bouchardeau

PF 92

16e ANNÉE, 2e SÉRIE. VOL. III.

L'ODONTOLOGIE

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE ET L'ODONTOLOGIE RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris.

Directeur : Ch. GODON

Rédacteur en chef : Dr Maurice ROY

Secrétaire de la rédaction : **J. CHOQUET.** — Administrateur-gérant : **Ed. PAPOT.**

COMITÉ DE RÉDACTION ET D'ADMINISTRATION :

G. BLOCMAN, D'ARGENT, LEMERLE, RONNET, Dr SAUVEZ, VIAU.

PRINCIPAUX COLLABORATEURS :

Paris : **AMOËDO, Dr FREY, HEIDÉ, Fr. JEAN, MENDEL JOSEPH, LECAUDEY, LOUP, MARTINIER, MICHAËLS, RICHARD-CHAUVIN.**
Départements : **Dr BUGNOT** (Rouen), **Dr GUÉNARD** (Bordeaux), **Dr Cl. MARTIN** (Lyon), **Dr ROSENTHAL** (Nancy), **SCHWARTZ** (Nîmes).
Étranger : **CUNNINGHAM** (Cambridge), **HARLAN** (Chicago), **SJÖBERG** (Stockholm), **THIOLY-REGARD** (Genève), **Wm. WALLACE WALKER** (New-York).

TOME XVI

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

57, rue Rochechouart, et 4, rue Turgo

PARIS

16e ANNÉE. JANVIER 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. No 1.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LA DENSITÉ DES AURIFICATIONS D'APRÈS LES DIFFÉRENTS MODES OPÉRATOIRES

Par M. LEMERLE,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication au Congrès dentaire de Bordeaux.

Parmi les différentes matières employées pour l'obturation des dents, l'or est une de celles qui ont été les plus étudiées. Aussi l'industrie est-elle parvenue à nous donner de l'or sous des formes multiples. Non moins nombreuses sont les méthodes employées pour le disposer dans les cavités que nous aurifions.

Dans l'antiquité, les Egyptiens furent, croyons-nous, les premiers qui employèrent l'or comme matière obturatrice et certaines momies présentent des dents aurifiées.

Mais ce travail de dentisterie opératoire était réduit à sa plus simple expression : de simples fils d'or fin étaient rentrés dans de petites cavités intercuspidiennes, et la dent antagoniste remplaçait notre ingénieux maillet automatique.

Bien des siècles plus tard, un habile et ingénieux dentiste des Etats-Unis, Gardette, imagina entre 1820 et 1825 d'obturer des dents avec des feuilles d'or. C'est depuis cette époque que l'art des aurifications est arrivé au degré de perfectionnement que nous connaissons.

Les préparations que nous employons ont des propriétés diverses : c'est ainsi que l'or adhésif présente une affinité moléculaire remarquable et que l'or non cohésif ou or mou a la propriété contraire.

La chimie, l'électricité, nous sont également venues en aide et nous ont donné *l'or cristallisé*, *l'or en éponge*.

Ces différentes préparations de l'or ont suggéré aux aurificateurs des méthodes variées sur la manière de disposer et de condenser l'or dans les cavités dentaires.

Dès lors chacun de nous s'est fait le défenseur de telle sorte ou de telle méthode d'aurification, en déclarant la supériorité de telle ou telle fabrication d'or.

Au point de vue de la pratique courante, chacun de nous a peut-être raison. Mais qui peut affirmer et prouver que dans la bouche une aurification à l'or non adhésif est supérieure à une aurification à l'or cohésif, que l'or cristallisé est préférable à l'or en feuilles, ou bien encore que, pour la condensation de l'or, la méthode rotative est supérieure à la méthode par percussion ?

Quelle preuve donnons-nous pour prouver notre assertion?

La présence de l'or dans la dent pendant une période de temps plus ou moins longue ? Cela ne peut pas être une preuve irréfutable, concluante de la supériorité de l'or ou de la méthode employée, car nous savons tous combien sont nombreux les facteurs qui empêchent une aurification bien faite de résister autant qu'une autre.

L'expérience du laboratoire peut seule nous donner une indication précise. A notre avis, l'aurification se rapprochant le plus comme densité de celle de l'or fondu doit être la méthode préférée.

Il y a certainement des différences de densité entre une aurification faite par tel ou tel procédé ou dans l'emploi de tel ou tel or.

Cette étude a peut-être été faite par nos confrères des Etats-Unis. En France, rien, à notre connaissance, n'a été tenté en ce sens.

Cependant en Suisse, un de nos confrères de Saint-Gall, M. Schlenker [1], *effrayé par la perspective peu favorable qui attendait les gens pauvres, si la méthode rotative accomplissait ce que le Dr Herbst prétendait, c'est-à-dire l'emploi exclusif de l'or recommandé par lui et fabriqué par la maison Wolrab*, se décida à faire quelques expériences de comparaison sur la densité d'une aurification faite par la méthode rotative et une faite par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par la pression de la main.

M. Schlenker ne nous dit pas si, pour ses expériences, il s'est servi d'un appareil de précision quelconque. Nous lisons simplement dans son rapport qu'une aurification faite au moyen de la condensation manuelle pesa 0 gr. 220, tandis qu'une autre de même grosseur faite par la méthode rotative pesa seulement 0 gr. 130, c'est-à-dire presque la moitié moins que la première, ce qui nous paraît excessif d'après l'étude que nous avons faite.

Notre confrère continua son expérience en faisant une aurification à l'or cristallisé de Nedden, et obtint un poids de 0 gr. 270; la même cavité obturée à l'or de Wolrab ne donne qu'un poids de 0 gr. 180.

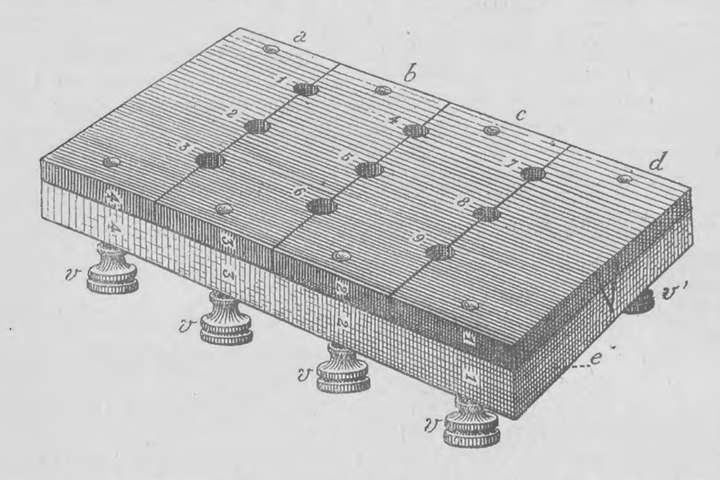
M. Schlenker cite un travail du Dr Petermann qui obtint également un poids spécifique plus élevé dans une aurification faite par la méthode du fouloir à main qu'avec la méthode rotative. L'aurification au fouloir représentait un poids de 15 gr. 128, tandis que la méthode de Herbst ne donnant que 14 gr. 575 et le poids spécifique de l'or pur était de 19 gr. 5 [2].

1. *L'Odontologie*, octobre 1888, p. 478.
2. *L'Odontologie*, octobre 1888.

Nous avons tenu à citer ces quelques expériences pour faire voir que la question avait déjà attiré l'attention de quelques-uns de nos confrères.

Cependant, nous devons le dire, tous ces travaux sont incomplets, rien ne prouve leur exactitude, et, en tout cas, ils ne portent que sur deux procédés. Nous avons donc cru intéressant d'étudier la densité des aurifications sur une plus grande échelle et avec le maximum d'exactitude possible.

Pour cela, nous avons fait construire par M. Mirand, fabricant de microscopes, le petit appareil que nous allons décrire :



Une plaque d'ivoire, de 0,08 de long sur 0,04 1/2 de largeur et 0,01 d'épaisseur, forme la base de l'appareil. Sur une des faces du morceau d'ivoire sont disposées, dans le sens de la largeur, quatre plaquettes de maillechort ayant 0,004^{mm} d'épaisseur. Chacune d'elles représente exactement le quart de la surface de la base d'ivoire.

Ces quatre morceaux de métal réunis nous donnent trois solutions de continuité. A la jonction de ces plaquettes trois trous ont été percés. Comme nous avons trois jonctions, cela nous donne neuf trous.

Ces trous ont été percés mathématiquement pareils : ils sont cylindriques, ont un diamètre de 0,004 et une hauteur de 0,003 1/2, ce qui nous donne une capacité de 43 millimètres cubes 98 centièmes, volume bien suffisant pour un poids différentiel très appréciable.

Chaque plaquette métallique est fixée sur la base d'ivoire par deux vis, placées à chaque extrémité. Ces vis maintiennent le tout parfaitement immobile. Il suffit de retirer les vis pour séparer les plaquettes, et retirer facilement chaque aurification de son alvéole.

L'appareil étant ainsi constitué, nous fîmes une seule aurification par jour. Si nous notons ce détail, c'est pour bien faire voir que

chaque aurification a été faite, et bien condensée sans fatigue préalable de la part de l'opérateur, chose importante dans un travail de ce genre.

Nous avons employé de l'or français de la maison Contenau et Godart, de l'or américain (Globe) de la maison White, de l'or allemand de la maison Herbst, de l'or en éponge français. Les méthodes d'aurification ont été aussi variées qu'il a été possible.

Avec l'or français nous avons fait :

1° Une aurification à l'or adhésif d'après la méthode classique, c'est-à-dire au moyen de points de rétention et une succession de petits morceaux condensés à la main et au maillet automatique ; 2° une aurification méthode mixte. Dans ce procédé, pas de point de rétention ; des boulettes coniques, disposées comme des cylindres, formaient la base de l'aurification qui est terminée avec de l'or adhésif ordinaire ; 3° une aurification à l'or non adhésif avec des cylindres faits à la main et très serrés ; 4° deux aurifications avec de l'or en éponge.

Avec l'or américain de White, marque Globe, nous avons fait :

1° Une aurification à l'or adhésif, méthode classique comme la première ; 2° une aurification à l'or non adhésif avec cylindres faits à la main.

Avec l'or allemand du Dr Herbst nous avons fait une seule aurification par la méthode rotative.

L'étalon devant nous donner la densité spécifique de l'or a été fondu et étiré par la maison Contenau et Godart.

L'essai de l'or ayant servi à fondre l'étalon fut fait par la maison Boé et donna le titre de 997 millièmes 8.

Toutes nos aurifications faites et notre étalon mis en place, le tout fut rodé avec soin, puis chaque aurification fut matriculée au poinçon de 1 à 9 correspondant au numéro matricule de chaque cavité de l'appareil.

Ce travail terminé, les vis furent enlevées, et chaque aurification retirée de son alvéole.

Toutes ces aurifications, ainsi que l'étalon, furent données à M. Boé, essayeur de la Banque de France, pour être pesées mathématiquement au quart de milligramme.

Nous reproduisons ici textuellement la note de M. Boé.

or français	N° 1	étalon or fondu à 997,8 pèse..	0 gr.	891
	N° 2	or adhésif français avec points de rétention..............	0	884 1/4
	N° 3	or adhésif méthode mixte....	0	829 1/4
	N° 4	or non ad. avec cylindres durs	0	811
	N° 5	or en éponge..............	0	799
or américain	N° 6	or adhésif, points de rétention	0	899 1/2
	N° 7	or non adhésif cylindres durs.	0	767
or allemand	N° 8	or éponge.................	0	746
	N° 9	or de Herbst méthode rotative.	0	753 1/4

On peut tirer de ce tableau une conclusion qui peut nous paraître

anormale : l'aurification n° 6 en or adhésif de White, pèse 8 milligrammes de plus que l'étalon en or fondu.

Deux causes peuvent nous expliquer cette anomalie :

1° Le titre de l'étalon qui nous donne une différence de près de 3 millièmes ;

2° Nous devons aussi tenir compte de l'écart qui existe entre la densité des différents ors. Cette différence peut être de 1 à 20, c'est-à-dire qu'un lingot de 20 grammes peut peser 21 grammes avec une autre variété d'or, tout en étant à mille millièmes. Ces deux causes peuvent expliquer cette différence de poids.

Quoi qu'il en soit, il ressort de ce tableau que toutes les aurifications faites à l'or adhésif en feuilles, et condensées à la main se rapprochent le plus de la densité spécifique de l'or fondu. Effectivement nous trouvons :

L'aurification N° 6 or adhésif de White, 0,899 1/4...	L'étalon or fin fondu 0,891.
L'aurification N° 2 or adhésif français, 0,884........	
L'aurification N° 3 or adhésif méthode mixte 0,829 1/4	

La moyenne de ces trois aurifications donne le poids de 870^{mm}, soit une différence 0,021^{mm} seulement avec le poids spécifique de l'or.

Viennent ensuite, par ordre de densité, les aurifications à l'or non adhésif, avec cylindres durs.

N° 4	aurification non adhésive, or français.	0,811	étalon or fondu 0,891
N° 7	aurification non adhésive, or de White.	0,767	

La moyenne de ces 2 aurifications donne le poids de 0,789, soit une différence de 0,102 avec le poids spécifique de l'or.

En troisième ligne se trouve une aurification avec l'or en éponge 0,799, et enfin, comme minimum de poids, nous trouvons l'aurification avec l'or de Herbst par la méthode rotative ne donnant que 0,753, ce qui fait une différence de 0,138 comme densité comparée avec l'étalon.

La variation de quelques milligrammes que nous voyons entre deux aurifications de même espèce ne peut provenir que d'une faiblesse de la main de l'opérateur ou d'un moment d'inattention pendant le travail. Mais cela n'ôte rien à la valeur de l'expérience que nous présentons. On ne doit tabler que sur des généralités et non sur des cas particuliers.

Comme dernière conclusion de notre étude, nous mettons en première ligne, au point de vue de la densité des aurifications, comme se rapprochant le plus du poids spécifique de l'or fondu, les aurifications à l'or adhésif en feuilles, et condensées à la main et au maillet ; en deuxième ligne les aurifications à l'or non adhésif ou or mou ; puis en dernier lieu les aurifications à l'or en éponge, et celles faites par la méthode rotative. Au point de vue de la densité, ces deux procédés se valent à quelques milligrammes près. Cependant nous donnerions encore la préférence à l'or Herbst sur l'or en éponge, ce dernier offrant moins de résistance et se désagrégeant beaucoup plus rapidement.

Nous arrêtons ici la première partie de notre travail, n'ayant pas

voulu toucher aux blocs d'aurification que nous vous soumettons. Nous nous proposons d'en faire plus tard des coupes microscopiques, d'étudier l'absorption des liquides par la porosité moléculaire, enfin la résistance et la désagrégation de l'or.

NOTE SUR LA RÉTRACTILITÉ DE L'AMALGAME ET L'IMPERMÉABILITÉ DES OBTURATIONS

Par M. Ch. Godon,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

(Communication faite au Congrès de Bordeaux.)

Dans la séance du 5 mars de la Société d'Odontologie de Paris [1], j'ai eu l'honneur de présenter une communication sur un procédé opératoire destiné à combattre la rétractilité qui se produit pendant le durcissement de l'amalgame et j'avais appuyé cette communication de quelques expériences. J'ai continué ces expériences depuis et modifié mon procédé opératoire de telle sorte que j'ai obtenu des résultats beaucoup plus probants, qui m'ont engagé à vous entretenir de cette question.

Ma première communication reposait sur une conclusion que je tiens à rappeler ici : c'est que la rétractilité de l'amalgame est proportionnelle au volume de la masse d'amalgame ; plus le volume de la masse obturatrice est grand, plus la rétractilité est grande, quelle que soit la formule employée, l'amalgame de cuivre excepté [2].

La discussion de cette communication avait provoqué quelques observations ; mais les expériences présentées avaient paru assez concluantes.

Presque en même temps que moi, un de nos plus distingués confrères anglais, M. Ch. Tomes, voulant remédier aux mêmes inconvénients de l'amalgame, avait, de son côté, poursuivi l'étude de cette question. Néanmoins, quoique ses travaux originaux aient été présentés au mois de janvier 1895 à la Société odontologique de la Grande-Bretagne, je n'en ai eu connaissance par les journaux français qu'en mai ; du reste nos procédés d'action étaient différents.

M. Tomes disait dans la première de ses conclusions : « Sauf avec le palladium, il m'a été impossible d'obtenir une imperméabilité absolue avec les méthodes en usage ».

Il est inutile d'insister sur les inconvénients de la perméabilité des obturations ; nous avons tous constaté en maintes circonstances les conséquences fâcheuses d'une obturation laissant pénétrer les diverses sécrétions de la bouche.

Est-il possible de combattre ou tout au moins d'atténuer ce dé-

---

1. L'*Odontologie*, avril 1895, p. 199.
2. Loc. cit.

faut en ce qui concerne l'amalgame dont l'emploi est aujourd'hui si répandu ?

La base de mes essais précédents reposait principalement sur l'introduction dans l'amalgame frais placé dans la cavité à obturer, d'un ou de plusieurs morceaux d'amalgame vieux ayant déjà subi par le temps le retrait qu'il était susceptible d'éprouver, formant ainsi une *obturation à noyau*, dans laquelle le volume de la masse susceptible de retrait était diminué. Seulement il était difficile d'introduire au milieu de l'amalgame frais les morceaux de vieil amalgame dans des proportions déterminées et en rapport avec la forme de la cavité. J'ai réduit alors les petites masses d'amalgame dur en une poudre d'un grain grossier, telle que la grosse limaille de fer, et, au moment de l'introduire dans la cavité à obturer, j'ai mélangé cette poudre avec une égale proportion d'amalgame nouveau. La masse obturatrice en place représentait ainsi ce qu'on obtient dans la construction avec un mur en briques, par exemple, les petits grains d'amalgame dur représentant les briques, et l'amalgame frais, le ciment qui les unit.

Les résultats obtenus, quoique bien supérieurs au procédé précédent, ne me satisfirent point complètement. Cette pâte homogène ne permettait pas encore une parfaite adhérence aux parois de la cavité par suite de sa texture granuleuse.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai tout d'abord enduit le fond et les parois de la cavité d'une couche très mince d'amalgame frais bien comprimé pour obtenir la plus parfaite adhérence. J'ai ensuite introduit le mélange indiqué plus haut (amalgame frais et poudre d'amalgame dur en parties égales) et j'ai recouvert le tout d'une légère couche d'amalgame frais[1]. Théoriquement la couche d'amalgame frais devait subir un retrait plus accentué que le reste de la masse obturatrice. Mais l'épaisseur de l'enduit étant très mince, le retrait pouvait être considéré comme inappréciable ; quant à la masse interne, elle était composée d'une première partie ayant subi antérieurement les effets de la contraction et d'une deuxième partie unissant les grains entre eux, mais qui, par son peu d'épaisseur entre chaque grain, n'offrait plus que le minimum de rétraction.

A l'appui de ces assertions je joins la description des expériences qui m'ont guidé dans mes conclusions et qui ont été faites dans mon laboratoire avec la collaboration de mon assistant, M. Rouzée.

Je me suis d'abord servi de tubes en verre, puis de dés en ivoire, ces derniers se rapprochant plutôt des dents par leur texture, les tubes avec un diamètre intérieur de 15 millimètres et les trous percés dans les dés, de 10 millimètres. L'épaisseur des obturations était de cinq millimètres.

Après avoir agi dans ces cavités artificielles comme nous l'aurions

---

1. J'ai reconnu depuis qu'il était préférable de ne pas recouvrir l'obturation de cette légère couche d'amalgame frais, la partie extérieure de l'obturation contenant déjà un excès de mercure remonté à la surface par le foulage.

fait pour la dent, nous avons plongé ces témoins dans un liquide coloré avec du violet d'aniline.

Cette dernière partie de l'expérience nous a permis de suivre dans toutes ses phases les effets de la contraction et de la perméabilité.

Pour ce qui est des tubes obturés avec l'amalgame classique, après 28 jours de contact l'infiltration entre les parois du verre et la masse obturatrice a été de 2 millimètres.

En opérant dans un second tube de même diamètre, mais en garnissant au préalable le fond et les parois d'amalgame frais et l'intérieur d'un mélange de vieil amalgame broyé avec du neuf, nous avons obtenu, après 26 jours de contact avec le liquide, une pénétration pariétale de 1 millimètre.

Il est facile de mettre en parallèle les résultats obtenus avec l'ancien procédé et celui que j'ai adopté.

J'appelle cependant votre attention sur l'expérience du tube n° 8.

Le mercure qui entre dans la composition d'un amalgame augmente d'autant plus son retrait que la proportion en est plus forte. En foulant la masse, on arrive à faire remonter à la surface de l'obturation l'excès de mercure. Si en ce moment, avant de terminer l'opération, on retire cet excès de mercure, les phénomènes de contraction diminuent d'intensité comme cela a déjà été observé. Je dirai même qu'ils sont presque nuls; c'est ce que prouve l'expérience précitée du tube n° 8. L'excédent d'hydrargyre a été absorbé par une feuille d'étain, et le tube, après un contact de quatre jours dans un liquide violet, est sorti de cette épreuve sans trace d'infiltration. L'obturation, bien entendu, avait été faite selon le procédé préconisé dans cette communication.

M. Tomes, dans les conclusions de sa communication à la Société Odontologique de la Grande-Bretagne, s'exprime ainsi : « Dans un grand nombre de cas on peut obtenir des résultats également parfaits avec un mélange d'amalgame nouveau et d'ancien chauffé et on a ainsi un beau fini. »

J'ai essayé dans les tubes 6 et 7 ce mode d'opérer et je partage sans restriction l'avis de mon confrère anglais.

En résumé, le tableau des expériences que je vous présente m'autorise à vous soumettre les conclusions suivantes :

1° La contraction de l'amalgame est proportionnelle au volume d'amalgame employé, comme il est démontré par les 4 premières expériences ;

2° Plus la quantité de mercure est forte, plus la contraction est grande (dés n° 192) ;

3° En absorbant l'excès de mercure amené par la pression à la surface libre de l'obturation, on diminue la contraction (tubes n° 295 et tube n° 8) ;

4° En plaçant au centre de l'obturation une certaine quantité de vieil amalgame broyé, mélangé avec de l'amalgame frais, on diminue la contraction dans une proportion d'autant plus grande que la quantité de vieil amalgame incorporée est plus forte (dés n°s 1, 3, 4)

5° Soit en mélangeant par parties égales dans un mortier de

l'amalgame frais et du vieil amalgame chauffé, soit en faisant le tour et la partie supérieure de l'obturation avec de l'amalgame frais et l'intérieur avec du ciment ou un mélange de poudre d'amalgame vieux et d'amalgame frais par parties égales, on peut obtenir une obturation parfaite au point de vue de la pénétrabilité.

Telles sont, appuyées sur des faits, les conclusions que je soumets à votre appréciation, heureux si j'ai pu contribuer par mes recherches à faciliter l'emploi d'une substance d'obturation si précieuse à nombre de points de vue.

NOUVEAUX APPAREILS DE REDRESSEMENT

Par M. Francis Jean,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,

Président de la société d'Odontologie.

(Communication faite au Congrès dentaire de Bordeaux.)

La lecture de l'excellent rapport de M. Martinier nous incite à appuyer ses conclusions qui représentent l'essentiel des conditions nécessaires pour la pratique de l'orthodontie.

En effet, l'expansion des arcades dentaires est le premier stade et le plus important du redressement. Cette expansion obtenue, on peut espérer qu'elle s'opposera, dans une large mesure, à l'extension et à la production de bon nombre d'anomalies. Certes le succès du traitement est subordonné tout particulièrement au jugement et à l'ingéniosité de l'opérateur, et l'exclusivisme n'est pas défendable en la matière. Malgré cela, puisque l'occasion s'offre, nous en profiterons pour essayer d'exposer nos procédés et de présenter les appareils que nous avons imaginés et que nous employons depuis plusieurs années. L'un d'eux est construit de la façon suivante :

« Deux tiges métalliques parallèles (demi-jonc ou carré), de 1 millimètre 1/2 d'épaisseur, sont introduites chacune dans un fourreau, » également métallique, et accolées sur leur longueur. A l'extré» mité de chacune d'elles est soudé un crampon solide pour avoir » une fixité parfaite dans la plaque en caoutchouc.

» Ce petit appareil construit représente, une fois les deux par» ties divisées, une tige et un fourreau fixés de chaque côté dans » la plaque palatine en cire.

» Le point de fixation est combiné suivant la direction du dépla» cement à opérer.

» Si l'on veut agir sur la totalité de l'arcade, afin d'en obtenir » l'expansion complète, on doit couvrir la voûte palatine, depuis » le talon des dents antérieures jusqu'aux grosses molaires.

» La dimension de la plaque de caoutchouc doit être plus res» treinte, s'il ne s'agit que d'un groupe de dents, par exemple, des

» bicuspides, d'un côté ou de l'autre, ou de deux côtés simultané-» ment [1]. »

L'expansion est, de fait, opposée aux moyens brusques, que nous rejetons du reste absolument, surtout les moyens chirurgicaux représentés par la rotation brusque et le redressement immédiat. Les difficultés pratiques et les résultats aléatoires qui en découlent sont des inconvénients primordiaux connus de tout praticien expérimenté.

L'emploi que nous faisons depuis plus de cinq années des appareils écarteurs nous prouve l'utilité de leur usage et la part importante qu'ils doivent avoir en orthodontie. A nos yeux, ils sont le premier acte du traitement et nous ne pensons pas possible de faire autrement que de les mettre à contribution dans la majeure partie des cas. Cela est démontré par un exemple portant sur une anomalie des plus communes : une incisive latérale en rétroversion, recouverte en partie de chaque côté par l'incisive et la canine. Dans ce cas n'est-il pas indiqué de faire tout d'abord l'expansion de l'arcade, afin de répartir sur la totalité des dents la place nécessaire, avant d'appliquer l'appareil qui corrigera l'irrégularité elle-même ? Si l'on voulait opérer d'emblée par ce dernier moyen, il ne s'agirait pas d'une dent à déplacer, mais bien de trois dents au moins ; bien qu'on agisse sur une seule (celle en rétroversion), on créerait par conséquent deux nouvelles irrégularités au lieu d'une.

Notre méthode est lente, c'est incontestable, mais aussi la marche du traitement est plus rationnelle et le résultat n'en est que plus durable ; c'est pourquoi, en principe, nous donnons la préférence aux appareils à action lente et intermittente. L'originalité de notre procédé consiste dans le réglage.

On nous permettra une comparaison entre notre système de réglage et celui qui est employé couramment : le caoutchouc mou et le ressort flexible agissent constamment ; malgré cela, nous considérons cette action comme trop brutale et, par suite, comme capable de léser le périoste des organes sur lesquels elle agit.

Nous expliquous notre action intermittente en disant qu'elle est une sorte de réglage mathématique qu'on peut comparer à l'action de la vis, quoique un peu différente. Nous rejetons cette dernière à cause de son manque de précision dans la graduation. Nous sommes aussi opposé à la cheville de bois, pour des raisons tirées de la nécessité de l'antisepsie.

Avec nos appareils on progresse dans une mesure bien définie, puisque, par le moyen du fil métallique, on obtient à chaque intervention un déplacement correspondant à l'épaisseur de ce fil. Que se passe-t-il alors ? Le déplacement de la dent ne tarde pas à se manifester par une pâleur plus ou moins marquée de la gencive suivant la région dans laquelle on opère ; cette gencive, influencée par l'action immédiate, indique un ralentissement de la circulation dans la région ; cette anémie cède bientôt après, — une heure environ

1. *Odontologie*, octobre 1891, p. 445.

suffit pour cela, — le répit arrive, la circulation se régularise et le périoste reprend sa vascularisation normale. Les autres procédés, au contraire, par leur action constante occasionnent un froissement périostal continuel qui, dans bien des cas, peut être funeste au ligament et, par suite, à la pulpe.

Tous les appareils de redressement doivent donc, autant qu'il est possible, agir mathématiquement. A cet effet, notre principe de coulisse est d'une grande ressource, puisqu'il permet différentes combinaisons d'appareils selon les circonstances.

J'ai eu l'occasion d'appliquer, au mois de mars dernier, un petit appareil à coulisses parallèles, grâce auquel j'ai pu, dans l'espace de cinq mois, chez un enfant de 10 ans, avec le même appareil, élargir le diamètre du maxillaire, tout en rapprochant latéralement les quatre incisives supérieures, afin de laisser la place aux canines qui n'avaient pu se ranger près des petites molaires, faute d'espace suffisant.

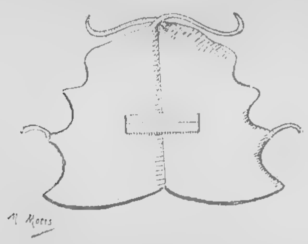


Fig. 1.
Appareil à coulisses parallèles à traction et pression latérale combinées, au début de l'application.

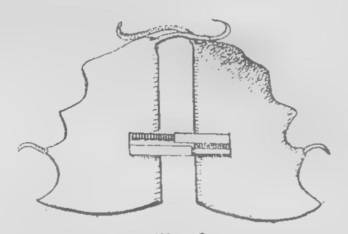


Fig. 2.
Le même appareil ayant développé son maximum d'action.

Tout en pensant que les appareils à coulisse peuvent servir dans un grand nombre de cas, je n'en suis pas moins convaincu que d'autres doivent être employés. En un mot, en matière de redressement, il faut être éclectique. Je ne proscris pas l'appareil à poste fixe, mais je l'évite autant qu'il est possible, car des défauts d'hygiène plaident contre lui; aussi devons-nous être très circonspects dans son emploi et ne l'appliquer que lorsqu'il n'est pas possible de faire autrement.

Voici le cas typique d'un enfant de 11 ans :

Prognathisme de l'arcade dentaire inférieure qui ne contient que 8 dents; les quatre incisives permanentes sont espacées, les canines de lait existent, les molaires de lait sont absentes, une des molaires de 6 ans possède une couronne restaurée par une obturation étendue et se trouve réduite presque au ras de la gencive, l'autre est extrêmement courte. L'arcade supérieure est régulière et comprend les 4 incisives permanentes, 2 canines, les prémolaires et molaires de lait et les molaires de 6 ans.

L'irrégularité et la difficulté opératoire portent donc exclusivement sur le maxillaire inférieur, et les conditions dans lesquelles

elles se présentent nous mettent dans l'impossibilité d'adapter aucun des appareils connus (plan incliné, appareil Gaillard ou autre).

Nous imaginâmes donc l'appareil suivant, destiné à être fixé par des fils métalliques sur les canines de lait supérieures reconnues très solides. Il consiste en une plaque de métal estampé sur la face palatine des incisives et des canines, prolongée vers la partie inférieure et devant embrasser le bord tranchant des incisives et rencontrer la face labiale des incisives inférieures en rétroversion ; cette plaque se trouve percée pour laisser passer les canines temporaires. En somme, nous avons fait l'application d'un plan incliné métallique immuable, localisé en antagonisme du siège de l'anomalie. L'opération, commencée en novembre 1894, fut terminée au bout de 6 mois ; nous en conservons les différents modèles en plâtre.

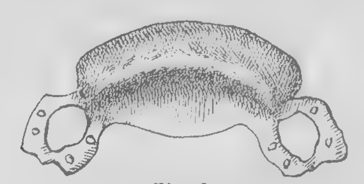


Fig. 3.
Plan incliné spécial, en métal estampé, à fixer au moyen de fils métalliques.

L'appareil de Catalan, le plan incliné, a été beaucoup discuté. Ses inconvénients sont connus par le trouble qu'ils peuvent occasionner dans les rapports articulaires des molaires et l'enfoncement dans leurs alvéoles des incisives qu'on désire faire ressortir, si l'on ne surveille pas très attentivement la marche de l'opération. Malgré ces inconvénients, je vais vous soumettre l'observation suivante qui montre les services que cet appareil peut rendre. Pour cela, nous avons dû en modifier le mécanisme : l'opportunité et l'exigence de l'anomalie à traiter nous guidaient.

Mlle I..., 19 ans, bonne santé, menton très proéminent, toutes

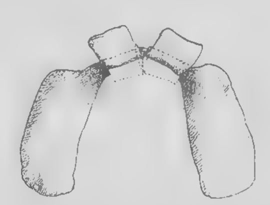


Fig. 4.
Plan incliné à double effet avec talus en métal, mobiles, destinés à rentrer les incisives inférieures et à ressortir les supérieures.

les dents existent ; une seule cariée, dent de sagesse, a été obturée. Prognathisme très marqué des dents de bouche de l'arcade dentaire inférieure.

Le 12 avril 1895 nous appliquons un plan incliné avec modifica-

tion portant sur la mobilisation des talus destinés à ressortir les incisives supérieures et à rentrer les incisives inférieures.

Jusqu'au mois de juin suivant, tous les 4 ou 5 jours, nous examinons et surveillons l'action de l'appareil. Vers le 5 juin les rapports des arcades sont tout à fait changés, favorablement. Les incisives se rencontrent bout à bout, et nous nous voyons forcé de faire le sacrifice de la première bicuspide inférieure gauche déjà mal rangée en antéversion. Nous laissons trois semaines le même appareil et nous constatons que les dents supérieures tendent à glisser pardessus les inférieures correspondantes ; nous appliquons un autre appareil fait dans les conditions suivantes : une base en caoutchouc durci emboîtant les petites et les grosses molaires ; à cette base un vide est ménagé à la face postérieure des dents de bouche pour permettre la rétroversion de celles-ci. Au niveau des faces jugales, un bandeau externe est ajusté avec un fil aplati dont les extrémités passent dans une glissière de façon à pouvoir rétrécir au moyen de la traction du bandeau, par ses extrémités, le diamètre constitué par ce bandeau. La force agit ainsi sur la totalité des dents de bouche.

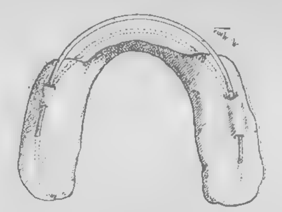


Fig. 5.
Appareil à bandeau mobile pour rentrer la totalité des dents de bouche.
(Le pointillé indique l'action maximum.)

Le réglage s'opère par des levées de métal faites au burin à l'une des extrémités ou au deux simultanément ou alternativement.

Le diamètre rétréci par notre intervention périodique (quatre ou cinq jours d'intervalle) fait rentrer notablement la partie antérieure de cette arcade dentaire. Le vide produit par la suppression de la 1re bicuspide a presque disparu le 10 juillet, et les dents se croisent normalement, sauf l'incisive latérale droite demeurée en rétroversion et qu'il a été facile de redresser ultérieurement.

Ce succès rapide indique la constance de la patiente, constance que l'on rencontre pour les redressements tardifs, en raison directe de la bonne volonté dont on n'est pas toujours favorisé chez les enfants, ce qui, pour la plupart, est la cause sinon des échecs, au moins de la lenteur dans les opérations.

Quant à l'hygiène buccale, elle s'impose particulièrement au jour où l'éruption des dents permanentes commence ; les soins de bouche, les extractions opportunes diminuent dans une notable proportion la production des anomalies.

ACTION GALVANIQUE DES APPAREILS MÉTALLIQUES DENTAIRES

Par M. Poinsot,
Directeur honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris.

Les appareils métalliques dentaires exercent sur les dents, par leur point de contact, une action galvanique modifiant les conditions physiologiques normales, surtout lorsque les métaux utilisés sont différents et opposés entre eux par leur nature.

Cette vérité a, de tout temps, préoccupé le dentiste vraiment soucieux de ses devoirs : le travail remarquable de M. Pilette, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, en est l'éclatante démonstration. En effet, ses essais sur l'emploi de l'aluminium comme appareil monométallique n'ont pas d'autre point de départ que celui où je me place pour traiter à nouveau cette importante question.

L'aluminium nous avait séduits par des qualités spéciales qui nous faisaient concevoir les plus grandes espérances, que malheureusement la pratique n'a pas confirmées.

Les métaux nobles à l'état de pureté ne peuvent être utilisés ; ils présentent les uns et les autres des contre-indications, et ce n'est que combinés qu'ils peuvent nous satisfaire.

Les métaux combinés sont satisfaisants au point de vue de la mécanique, ce qui représente un acquit important ; mais ces combinaisons, surtout dans les bouches à salive ayant une réaction acide, font naître, par l'action galvanique qui en résulte, un courant électrique variable, que l'on pourrait utiliser dans certains cas pathologiques restreints, mais qui généralement constituent une action préjudiciable pour les tissus sains soumis à leur contact.

L'or à 18 carats, communément employé pour la confection des appareils de prothèse, composé d'or, d'argent et de cuivre, favorise dans ces conditions une action d'autant plus énergique que les parties le constituant sont plus multiples et que la soudure employée est elle-même composée de métaux opposés : or, cuivre, argent, zinc, etc... les soudures fortes 1/4 résistent mieux que les soudures faibles 1/3 et 1/2, qui favorisent l'action galvanique d'une manière plus énergique.

Dans ces conditions les appareils dentaires les mieux exécutés ne pourront être d'aucune utilité pour l'intéressé. En effet, voici ce ce qui se produit le plus généralement : l'appareil parfaitement construit, donne des résultats immédiats ; ce n'est que plus tard, après un temps qui peut varier de quelques jours, de plusieurs semaines, voire même de plusieurs mois, que survient un sentiment d'agacement allant toujours croissant et finissant par l'exaspération ; il en résulte que, d'après l'état individuel, la patience du malade est plus ou moins accusée, l'appareil est retiré, puis remis un nombre plus ou moins grand de fois et enfin il est abandonné.

Ce qui étonne, c'est que la marche ascendante de la sensibilité, allant parfois jusqu'à l'exaspération, ne se répète pas de la même manière ; il semble quelquefois s'établir une tolérance qui permet d'espérer enfin un succès complet, et c'est alors que survient une série de nouvelles crises qui découragent patient et dentiste.

Pour remédier à un tel état de choses, deux moyens se présentent à notre esprit: le premier est encore à réaliser, le second est, je le crois, sinon résolu, du moins prêt à l'être.

Le premier moyen est du ressort de la médecine. Nous faisons des vœux pour qu'elle nous procure le moyen de nous donner des salives saines, neutres ; ce serait un des plus grands services rendus à l'humanité, car on peut, en parodiant les paroles d'un grand maître, dire après lui : on a la santé de la salive.

En attendant ce bienfait futur, nous allons, à son défaut, mettre le second moyen à contribution.

Nous demanderons aux composés métalliques constitués exclusivement par des métaux nobles la matière employée pour la confection des appareils de prothèse.

A la suite d'essais nombreux, nous avons été assez heureux pour nous rapprocher du but proposé.

Nous avons choisi le platine et l'iridium. Ces métaux présentent des qualités multiples qui les désignaient à notre attention, et grâce aux fours électriques de MM. Moissan et Viole, ils peuvent être alliés en toute proportion.

M. Contenau a bien voulu me faire des plaques et des fils composés de platine 70 0/0, iridium 30 0/0 ; cette première partie résolue, nous dûmes nous occuper de la seconde offrant de sérieuses difficultés.

En effet, cet alliage est dur, tenace et très résistant, se prêtant mal à l'estampage: le recuit constitue un problème qui a demandé beaucoup de recherches.

Le recuit au chalumeau, à l'air libre, est de nul résultat, et, pour arriver au but recherché, nous indiquons les deux moyens suivants: recuire le métal dans un coffret de tôle rempli de poussier de charbon de bois, porté au rouge par un réchaud rempli du même charbon ; ou mieux obtenir ledit recuit à l'aide d'un courant électrique de 80 volts sur le circuit d'un secteur électrique.

Le recuit électrique présente des qualités encore inconnues, que je suis heureux de pouvoir vous esquisser, non seulement dans l'alliage du métal qui nous occupe en ce moment, mais aussi pour d'autres alliages. Pour l'or à 18 carats, par exemple, ce recuit est tout à fait dissemblable de celui que l'on obtient par les moyens usuels : non seulement il est plus complet, mais encore il se produit sans que la couleur primitive soit modifiée à l'encontre de l'oxydation manifeste commune.

Le recuit électrique non seulement n'est pas nuisible aux composés métalliques, mais, tout au contraire, il semble lui donner des qualités nouvelles.

Pour l'alliage de platine et d'iridium, il fournit le moyen de

le travailler dans des conditions relativement bonnes ; toutefois il convient d'ajouter qu'il faut aussi posséder une grande valeur en mécanique dentaire pour réussir ces appareils difficiles à exécuter.

Les soudures doivent être faites avec de l'or fin, les étais et les collets doivent être en cet alliage et aussi en caoutchouc vulcanisé suivant les cas.

Cet alliage convient parfaitement pour le travail de continuous-gum ou émail rose pour imiter la gencive.

Les résultats que nous avons obtenus ont été si satisfaisants que tous nos appareils ont été tolérés dans les bouches les plus sensibles et nous nous faisons un devoir de vous faire cette communication. Nous sommes persuadé que le moyen que nous vous indiquons contribuera à augmenter les bienfaits de la prothèse dentaire, pour le plus grand bien de nos patients et pour la continuation des progrès de notre art.

DE L'ALLONGEMENT DES DENTS DÉPOURVUES D'ANTAGONISTES

Par M. le Dr Maurice Roy,

Dentiste des hôpitaux,

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

C'est un fait bien connu de tous les dentistes que l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes, et cependant aucun des traités classiques n'en parle, aucun auteur n'en a même fait mention.

La simple constatation de ce phénomène ne figurant pas dans les traités classiques, c'est dire que la pathogénie a été absolument négligée, et ce n'est que dans un vieil ouvrage du XVIIe siècle que nous en avons découvert une tentative d'explication. Nous trouvons en effet le passage suivant dans un petit volume paru en 1679 et intitulé *Dissertation sur les dents*, par B. Martin :

« Elles croissent incessamment (les dents), et jusqu'à la fin de la vie. L'abondance de nourriture que leur portent leurs artères, peut bien être la cause de cet effet ; et si elles ne s'usaient pas en se froissant les unes contre les autres comme elles sont souvent, on ne serait pas longtemps sans s'apercevoir de leur accroissement, qui se connaît visiblement lorsque nous en avons quelqu'une qui n'a plus de rencontre par la chute de celle qui lui est opposée ; car alors elle devient quelquefois si grande qu'on est obligé de la faire couper, ou limer, comme je dirai dans la suite de ce discours. »

Comme on le voit, Martin considère les dents humaines comme des dents à croissance continue, analogues à celles des rongeurs. Je ne m'arrêterai pas à discuter cette donnée, ni à vous démontrer que les dents humaines ne sont pas à croissance continue ; je n'ai

cité ce passage qu'au point de vue historique et parce que, comme je l'ai dit, c'est le seul ouvrage, à ma connaissance, qui parle de ce sujet. Les lois de la pesanteur pourraient être invoquées pour expliquer l'allongement des dents supérieures, mais il est inutile également de s'arrêter à cette idée puisqu'elle est incapable d'expliquer l'allongement des dents inférieures, et j'en arrive à l'exposé de l'explication que je crois pouvoir donner de ce phénomène qui, comme vous tous sans doute, m'avait vivement intrigué.

Quand un clou est enfoncé solidement dans une planche et que sa tête ne dépasse plus le niveau du bois, si l'on vient à frapper tout autour avec un marteau, on voit petit à petit la tête du clou dépasser et on arriverait finalement, en continuant ainsi, à le faire sortir notablement et à l'ébranler ; il en est de même d'une tige quelconque enfoncée dans un tube, d'une vis dans un pas de vis, que des secousses légères, mais fréquemment répétées, sur son pourtour peuvent dévisser.

Pour moi, l'allongement des dents dépourvues d'antagoniste est dû à un phénomène analogue à celui que je viens de prendre comme exemple. La dent dépourvue d'antagoniste est comme le clou dont je parlais tout à l'heure : dans les mouvements de mastication, les dents voisines des antagonistes manquantes viennent imprimer sur tout le pourtour de cette dent des secousses qui tendent à la faire sortir de son alvéole et lui faire ainsi dépasser le niveau de ses voisines.

Mais, en outre du traumatisme qui explique bien une partie du phénomène, une autre cause intervient. Nous ne sommes plus en présence de corps inertes, comme tout à l'heure dans l'exemple du clou ; aussi le traumatisme détermine-t-il à la longue une inflammation subaiguë et des phénomènes réactionnels du côté de la membrane périradiculaire, et ce sont ceux-ci qui fournissent l'explication des différentes modalités du processus dont je vous entretiens.

L'évolution de celui-ci, en effet, n'est pas toujours identique. Dans certains cas, en même temps que la dent s'allonge, il y a résorption alvéolaire, et la dent se déchausse et s'ébranle. Dans d'autres, au contraire, la dent s'allonge comme dans le cas précédent, mais il n'y a pas résorption alvéolaire, la dent ne se déchausse pas et ne devient pas mobile, il y a au contraire épaississement du bord alvéolaire.

Lorsque le tissu osseux est enflammé, on sait qu'il se produit ou de l'ostéite raréfiante ou de l'ostéite condensante. Or nous avons dit que le traumatisme qui s'exerçait autour de la dent non seulement la faisait allonger, mais encore déterminait une inflammation subaiguë. Donc, quand cette inflammation est accompagnée d'ostéite raréfiante, il y a, en plus de l'allongement de la dent, résorption alvéolaire et mobilité ; quand, au contraire, l'inflammation est accompagnée d'ostéite condensante, il y a épaississement du bord alvéolaire, en sorte que, bien que la dent dépasse le niveau des autres, elle n'est ni déchaussée ni mobile.

Ainsi donc, suivant nous, l'allongement des dents dépourvues

d'antagonistes est dû aux traumatismes exercés pendant la mastication tout autour de ces dents par les dents voisines des antagonistes manquantes ; ces traumatismes déterminent en outre une inflammation subaiguë de la membrane périradiculaire, inflammation accompagnée ou d'ostéite raréfiante, d'où résultent, en outre de l'allongement de la dent, la résorption de son bord alvéolaire et son ébranlement, ou d'ostéite condensante, ce qui amène, en outre de l'allongement de la dent, l'épaississement de son bord alvéolaire et ce qui explique pourquoi, dans ce cas, la dent n'est pas ébranlée.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Séance du 17 août 1895 (9 h. 1/2 du matin).

Présidence de M. le Dr Guénard

De l'allongement des dents dépourvues d'antagoniste, par M. le Dr Maurice Roy (de Paris).

M. le Dr Roy. — Avant de vous donner lecture de ma communication, je tiens à vous signaler une petite erreur qui s'était glissée dans l'impression du programme primitif des travaux du Congrès ; cette communication était annoncée comme traitant de l'*élongation* des dents, ce qui aurait pu faire croire à quelque chose d'analogue au travail récent de M. le Dr Cl. Martin, de Lyon, alors que le sujet est absolument différent.

M. le Dr Roy donne lecture de sa communication (Voir *Travaux originaux*).

Discussion

M. le Dr Beltrami. — Je demanderai à M. Roy s'il entend assimiler l'allongement des dents humaines à l'allongement des dents des rongeurs ; ce serait une théorie nouvelle.

M. le Dr Roy. — Je n'ai jamais parlé d'assimiler l'allongement des dents humaines à celui des dents des rongeurs ; je n'ai cité cette théorie qu'au point de vue historique, parce qu'elle était adoptée par un auteur ancien, le seul, je crois, qui ait cherché avant moi à donner une explication du phénomène dont je viens de vous entretenir. Comme je le disais il y a un instant, ce dentiste, nommé Martin, écrivait en 1679 : « Les dents croissent incessamment et jusqu'à la fin de la vie....... ce qui se connaît visiblement lorsque nous en avons quelqu'une qui n'a plus de rencontre par la chute de celle qui lui est opposée, car alors elle devient si grande qu'on est obligé de la faire couper et limer. » Il est regrettable que M. Beltrami n'ait pas entendu ma communication, cela l'aurait dispensé de me faire cette observation.

M. LE Dr BELTRAMI. — Je ferai une restriction sur l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes. Le Dr Martin, de Lyon, a publié un travail sur ce sujet ; il est fâcheux que vous n'en ayez pas parlé.

M. LE Dr ROY. — Il est vraiment fâcheux aussi que M. Beltrami n'ait pas été là au début de la séance et je ne puis pourtant pas relire à nouveau ma communication pour lui. J'ai pris la peine de déclarer au début que le sujet que je traitais n'avait rien de commun avec celui de M. Martin, de Lyon, et que si le terme *élongation* avait figuré dans le programme publié à l'*Odontologie*, c'était le fait d'une erreur ; je ne vois donc pas ce que signifie l'observation que me fait notre collègue.

M. LE Dr BELTRAMI. — Je ne saurais admettre le terme de l'allongement pour la dent définitive. Lorsqu'elle est formée, son volume reste toujours le même. Nous n'avons pas affaire à la dent des rongeurs qui s'augmente ; par conséquent l'allongement de la dent n'est qu'apparent, c'est un déplacement de la dent dans l'alvéole qui la contient, une *élévation*, c'est le terme qu'il faudrait admettre, car il s'applique aux deux maxillaires.

Il y a un point précis sur lequel il n'y aura pas de discussion, c'est que la dent est élevée au-dessus de la gencive chaque fois qu'elle ne rencontre pas d'obstacle. Au point de vue anatomique, le volume est le même pour l'alvéole qui la contient.

Au point de vue des processus physiologiques, pour expliquer l'élévation apparente de la dent, je ne crois pas pouvoir admettre cette théorie qui n'aurait pu avoir cours qu'au moment où l'on admettait l'idée de gomphose, au moment où l'on admettait que le clou était implanté sans aucun autre tissu mou entre la dent et l'alvéole. Nous pourrions expliquer ce fait, en supposant tout d'abord l'élévation apparente de la dent, en disant qu'il est produit par une action des ligaments.

Il faut distinguer une dent avec couronne ou une dent sans couronne. On a l'occasion d'observer que la racine sort d'elle-même. Je crois qu'il y a une différence à établir entre l'élévation de la dent et celle de la racine. Nous avons aussi une action des ligaments, parce que dans ce moment l'élévation n'est plus apparente, c'est l'alvéole qui baisse et non pas la racine qui monte. C'est l'alvéole qui cherche à éliminer un corps qui lui est étranger.

M. LE Dr ROY. — C'est vraiment une discussion byzantine que de me chercher chicane sur le titre de ma communication, cela rappelle certains confrères qui firent les gorges chaudes au sujet du titre d'une communication faite par un de nos collègues à la Société d'Odontologie. Il est vraiment très facile de jouer sur les mots ; M. Beltrami aurait préféré que j'employasse celui d'*élévation ;* je considère malgré tout le terme d'*allongement* comme meilleur. En effet, si j'avais intitulé ma communication de l'*élévation des dents*, vous vous seriez demandé si j'allais vous présenter un nouveau modèle d'élévateur pour l'extraction des dents, tandis que quand vous avez lu *de l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes*,

vous avez tous compris la nature du sujet que j'allais traiter ; c'était ce qu'il fallait.

Quant à la théorie que je propose, M. Beltrami l'a combattue, mais il ne paraît pas, là encore, avoir compris ma communication. Il critique mon exemple du clou enfoncé dans une planche en disant que les conditions ne sont plus les mêmes pour les dents et que l'on est en présence de tissus vivants. Je le sais parfaitement et l'ai dit dans ma communication, en faisant remarquer que c'était justement cela qui faisait varier le processus suivant les cas et qui expliquait comment il se faisait que dans un cas la dent s'allongeait et s'ébranlait, dans un autre cas elle s'allongeait en conservant toute sa solidité avec même un épaississement des bords alvéolaires, ces diverses modalités s'observant suivant que la cause pathogénique que j'indiquais déterminait de l'ostéite raréfiante ou de l'ostéite condensante.

L'organisme n'a pas ici le rôle que lui attribue M. Beltrami, assimilant la dent à un corps étranger dont l'alvéole cherche à se débarrasser, et je pense que les observations qui viennent d'être faites n'infirment en rien la théorie que je propose pour expliquer l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes.

M. Choquet (de Paris) lit, au nom de M. Grimbert et au sien, un travail sur

LA BACTÉRIOLOGIE BUCCALE.

(Présence du coli bacille dans la cavité buccale). (Voir n° d'août).

M. Choquet présente ensuite aux congressistes des photogrophies de préparations microscopiques et des préparations.

M. le Président. — Je crois qu'un vote de félicitations ne peut être refusé pour encourager l'auteur à continuer des travaux aussi précis et aussi sérieux.

L'assemblée vote à l'unanimité par acclamation des félicitations à M. Choquet. *(Applaudissements répétés.)*

Les accidents résultant d'anomalies d'éruption, par M. Lot (de Bordeaux).

Un homme d'une trentaine d'années est venu se présenter chez moi sur les conseils de son médecin. Il avait, sur le côté gauche du maxillaire, une tumeur très rouge. En passant le doigt sur cette tumeur, je me suis aperçu qu'elle avait une grande dureté. Entre la grosse molaire et la première petite molaire il y avait quelque chose ressemblant à une racine soi-disant cassée. Après avoir bien examiné cette racine cassée, il m'a semblé voir que c'était en réalité une petite molaire qui faisait son éruption. J'ai ouvert au thermo-cautère le phlegmon gingival ; immédiatement il en est sorti du pus de mauvaise nature, mais qui n'avait pas d'odeur fétide.

J'ai cherché avec une sonde si je ne pouvais pas atteindre la racine ; cela ne m'a pas été possible et je ne l'ai pas trouvée.

Pour venir à bout de cette opération, j'ai cherché à procéder à l'extraction par l'intérieur. Comme vous allez le voir par ce mo-

dèle, ce n'était pas possible. Alors il m'est venu à l'idée de prendre une pince à aurifier; en la passant entre la petite et la grosse molaire et en tirant du côté opposé, je suis arrivé à extraire la dent qui était en effet une petite molaire.

M. Lot présente un modèle de ce cas.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'EMPLOI DE L'AMALGAME, PAR M. GODON (DE PARIS)
(Voir *Travaux originaux.*)

M. SCHWARTZ.— Cette communication est très intéressante. Si nous pouvions avoir un métal sans retrait ni dilatation, ce serait idéal.

Au lieu d'obturer la dent exclusivement avec du ciment ou avec de l'amalgame, je remplis le fond de la cavité avec du ciment blanc et je mets à la surface une couche d'amalgame. Quand des patients reviennent parce que le mastic blanc s'use dans les dents obturées seulement avec ce mastic, je ne le retire pas et je mets par-dessus une couche d'amalgame d'argent qui tient indéfiniment.

M. LOUP. — Cette question est très intéressante et je tiens à vous indiquer certains résultats que j'ai obtenus. Je me suis occupé des obturations par un procédé qui m'est particulier, mais je ne suis pas encore arrivé à un résultat aussi définitif; je ne vous le signale que pour prendre date. Je suis parvenu à ramollir du verre par des procédés chimiques ; mais je ne suis pas encore parvenu à donner à ce verre toute la plasticité désirable. On pourrait avec ce produit faire des obturations, le couler dans la cavité comme si c'était du verre fondu au feu.

Je continue mes recherches dans ce sens.

Dr Nux (de Toulouse). — J'ai essayé dans les grandes cavités de l'amalgame dur chauffé sans obtenir d'adhésion.

C'est sur le bord que se produisent les fissures, car les parois subissent les actions chimiques.

M. SCHWARTZ. — Il faut donner au mastic supérieur une certaine épaisseur. Il ne faut pas qu'il soit mince comme un bristol, car il est mis en contact avec tous les agents attaquants de la salive et de la mastication.

M. le Dr NUX. — Je fais comme M. Schwartz et cela ne bouge pas.

UN MEMBRE. — Cela dépend de la nature de la dent. Si vous avez des dents de nature crayeuse, le procédé Schwartz est une bonne chose.

M. ROBINSON. — M. Tomes conseille de mettre au fond de l'amalgame sans exprimer le mercure et d'exprimer au contraire tout le mercure de l'amalgame que l'on met au-dessus, car il prétend qu'en pressant il se fait une distribution égale du mercure.

UN MEMBRE. — C'est aussi un bon moyen.

M. GODON. — J'ai également essayé ce procédé qui est analogue au mien. On tasse au fond de la cavité et, à mesure que l'amalgame augmente, le mercure monte à la surface de la dent, en sorte que le procédé signalé avait pour but de mettre dans la cavité une partie d'amalgame ayant moins de mercure que l'autre qui se charge du supplément venant à la surface.

M. le Dr Tourtelot (de Royan). — Les tubes de verre ne sont pas identiques à une dent. Le verre résiste davantage et on ne peut pas se fier aux expériences des tubes.

M. Godon. — J'ai renouvelé mes expériences dans des tubes d'ivoire que je vous présente. Les résultats ont été les mêmes.

Bec de lièvre compliqué avec observations; par M. Seigle (de Bordeaux). (*Sera publié.*)

M. Seigle. Il présente 2 plâtres et 2 photographies.

Vous voyez par ces modèles quelle était la forme d'anomalie à laquelle on avait affaire. Voici comment l'on a opéré :

On a sectionné et séparé toutes les parties molles de la partie inférieure de l'os incisif, on a fait une section sur la partie latérale et on a ravalé le périoste le plus haut possible. Avec une pince coupante on a sectionné l'os et on a relevé les parties molles sur les os.

Dans quelque temps on mettra une partie dure remplaçant la partie enlevée et plus tard on fera un appareil de prothèse.

Comme je vous l'ai dit, l'os incisif a été sectionné et on a trouvé 3 incisives en formation qui avaient déjà évolué. Cela confirme la nouvelle théorie qui divise l'os incisif en 4 parties.

M. Schwartz. — La lèvre est-elle fendue ?

M. Seigle. — On a suturé comme d'ordinaire.

Etude sur la densité des aurifications d'après les différents modes opératoires, par M. Lemerle (de Paris). (Voir *Travaux originaux.*)

La séance est levée à midi.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 *décembre* 1895

Présidence de M. Martinier, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. 20.

M. Martinier. — M. Francis Jean, notre président, est empêché d'assister à la séance de ce soir et vous prie de vouloir bien l'excuser.

Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au sujet du dernier procès-verbal publié ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Le mal perforant buccal, par M. le Dr Bernard

M. le Dr Bernard donne lecture d'une communication sur ce sujet (voir *Travaux originaux*).

M. Martinier. — Je crois être l'interprète de la Société en remer-

ciant M. le Dr Bernard de son intéressante communication, qui fait suite à celles que son auteur a bien voulu nous présenter depuis trois ans et qui ont été fort remarquées.

DISCUSSION

M. Dubois. — J'aurais aimé que M. le Dr Bernard nous dît si l'on était en présence d'un phénomène de début ou d'un phénomène avancé.

M. le Dr Bernard. — Si le mal perforant buccal suit la chute spontanée des dents, c'est un phénomène avancé. Dans tous les cas, il ne faut pas confondre le tabès et l'ataxie.

Tandis que je venais à cette séance, M. Hugo m'a parlé d'une malade atteinte d'un mal perforant buccal, chez laquelle aucun traitement n'a pu arrêter celui-ci ; eh bien, elle était tabétique sans doute, car dans la perforation palatine vulgaire le traitement arrête le processus destructeur, tandis qu'il ne l'arrête pas dans le tabès.

M. Dubois. — Ces faits s'associent-ils à des phénomènes tardifs de la maladie ?

M. le Dr Bernard. — Le mal perforant buccal comporte maints signes de tabès.

M. Dubois. — Ce seraient alors des accidents de la période moyenne.

M. le Dr Bernard. — Il est assez difficile de fixer des périodes.

M. Dubois. — A quoi imputez-vous ces désordres ?

M. le Dr Bernard. — Nous n'avons qu'une autopsie marquante, celle de Demange, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, qui a trouvé des ganglions de Gasser atteints ; ce sont des lésions du trijumeau. Les lésions spontanées des dents siègent à droite, l'anesthésie siège au niveau de la perforation et n'est pas comparable à l'anesthésie qu'on peut trouver sur les membres.

M. le Dr Roy. — M. Bernard n'a pas parlé dans son historique de l'observation de Labbé à la Société de chirurgie sur *une affection singulière des arcades alvéolo-dentaires* ; c'est, je crois, le premier cas connu dans la science de l'affection dont il nous a entretenus.

M. le Dr Bernard. — J'ai rapporté l'observation tout au long dans ma première communication ; il s'agissait d'une simple résorption alvéolaire et non d'une perforation.

M. le Dr Roy. — Il y avait une perforation dans son cas.

M. le Dr Bernard. — Il y avait seulement destruction du bord alvéolaire.

M. le Dr Roy. — Je n'insiste pas, car c'est un souvenir de plusieurs années ; je ne puis donc affirmer, mais je crois bien ne pas me tromper.

II. — De la gangrène névropathique de la pulpe dentaire, par M. Mendel Josef

M. Josef. — Ma communication étant fort longue, je prie la Société de me faire connaître si je dois la lire ou bien en faire le résumé ou la faire publier avant la discussion.

M. le Dr Roy. — Vous pourriez en lire les conclusions.

M. Josef. — Je n'en ai pas préparé.

M. Godon. — Il est plus rationnel de lire la communication en entier; quand un travail a demandé à son auteur une étude de plusieurs jours, nous pouvons bien lui consacrer quelques minutes d'attention.

M. Josef donne lecture de sa communication (*qui sera publiée*).

DISCUSSION

M. Dubois. — Si M. Josef examinait les malades d'un asile d'aliénés, il trouverait probablement des pulpes gangrenées, et le processus qu'il indique est applicable à ces individus. Pour les patients qui fréquentent notre cabinet, je doute qu'il en existe beaucoup ayant des dents à pulpe gangrenée, d'*origine nerveuse* ? On peut dire que nous recevons beaucoup de candidats à la folie ; malgré cela un grand nombre ne vont pas jusqu'à la maladie déclarée. Il est possible que quelques-uns de nos patients aient une pulpe se gangrénant pour la cause expliquée par M. Josef, mais je pense que c'est le petit nombre. Nous ne sommes pas en présence d'un désordre local, mais général, alors les phénomènes doivent prendre la forme qu'ils ont dans le tabès et porter sur un certain nombre de dents, ainsi tout s'explique; mais en présence d'une seule dent mortifiée, le traumatisme doit venir à notre esprit comme cause très probable, et ce traumatisme peut très bien ne plus être dans les souvenirs du malade.

Dans les malades dont parle M. Josef on verra d'autres dents se prendre à leur tour, si l'origine nerveuse est réellement en cause.

La mortification qui s'opère dans l'organe clos ne marche pas avec rapidité, comme dans les dents où la mortification s'est faite en communication avec l'extérieur. Je ne nie pas la thèse exposée par M. Josef, mais je considère que, pour les individus supposés avoir un système nerveux à peu près sain, chez la plupart l'origine nerveuse ne saurait être invoquée.

M. Josef. — Je présente trois cas seulement où on ne peut invoquer le traumatisme comme facteur étiologique.

M. Godon. — Il est très heureux que M. Josef ait fait ce travail sur la pulpe mortifiée, car nous n'avons pas toujours d'explication à donner de cette mortification. Bien des fois, il est vrai, le traumatisme explique la gangrène de la pulpe ; mais les traumatismes observés chez les enfants n'amènent pas toujours la mortification. Pour que celle-ci se produise, il faut qu'il soit assez important. Récemment j'ai vu une pulpe mortifiée et le malade n'avait pas souvenir d'un traumatisme. M. Mendel nous dit que des troubles nerveux graves ne sont pas nécessaires, mais seulement des troubles légers.

M. Josef. — Il ne faut pas de troubles graves pour produire ces accidents ; des troubles légers suffisent.

M. Godon. — Avec des troubles légers il n'est pas nécessaire que les dents homologues soient prises.

M. le Dr Roy. — Je partage l'avis de MM. Godon et Dubois sur l'influence du traumatisme et sur la difficulté de le prouver.

Je vous ai entretenus il y a quelque temps d'accidents survenus par suite de la présence d'une dent morte. Or, ce n'est qu'au bout d'un certain temps que j'ai découvert un traumatisme antérieur de 15 ans aux accidents observés. Il ne faut accepter la gangrène sans traumatisme qu'avec la plus grande réserve.

M. Josef. — Le traumatisme agit comme cause occasionnelle ou déterminante ; et ce n'est pas parce qu'il y a traumatisme qu'il y a gangrène.

M. le Dr Roy. — C'est exact, quand il s'agit d'un traumatisme qui, dans des conditions normales, ne déterminerait pas de gangrène pulpaire, mais si ce traumatisme est assez violent, c'est lui seul qui doit être invoqué comme cause de la gangrène pulpaire.

M. Josef. — La pulpe ayant une organisation spéciale présente une prédisposition à la gangrène.

M. le Dr Roy. — C'est bien évident puisqu'un traumatisme qui, dans d'autres régions, ne détermine rien, amène ici la mort.

M. Josef. — Je me suis borné à poser la question pour la discussion ; voilà tout.

M. le Dr Bernard. — Il y a une objection au point de vue pathogénique. Les idées admises sur la maladie de Reynaud subissent une évolution, on tend à en faire une névrite. Si donc la gangrène présente ce que vous avez dit, elle relève plutôt d'une névrite, les troubles nerveux l'emportant sur les troubles vasculaires.

M. Josef. — Il faut envisager d'autres modes d'évolution de la gangrène. Tous ceux qui discutent la pathogénie de la maladie de Reynaud admettent cette conception dans certains cas, et il n'est pas nécessaire d'invoquer d'autres modes pour la pulpe dentaire. On ne peut nier d'ailleurs la production d'une constriction des vaisseaux.

M. Dubois. — Il ne faut pas confondre le traumatisme occasionnel des troubles nerveux généraux et celui qui est donné comme cause de la gangrène de la pulpe. Dans un accident de chemin de fer, par exemple, si le choc physique est faible, le choc nerveux psychique peut être grand et déterminer des troubles graves. Dans le tabès nous sommes en présence de phénomènes de névrite et l'observation de Demange montre bien les phénomèmes concomitants : la dégénérescence du trijumeau et la chute spontanée des dents. Chez les névrosiques vous pouvez avoir des phénomènes analogues.

Je crois que si l'on recherche les rapports des maladies nerveuses avec les dents, ce serait du côté du périoste qu'il faudrait porter nos investigations.

M. Josef. — J'ai voulu faire ressortir comment se produisent les lésions nerveuses. Quand un malade vient chez nous, il sait seulement que sa dent est devenue malade. Or, s'il est nerveux, s'il n'y a pas de traumatisme, comment expliquer le mal ? Les vaso-moteurs peuvent arrêter le cours du sang, et la pulpe dentaire est fortement prédisposée à ce genre de lésions.

M. le Dr Bernard. — Un point a passé inaperçu : on ne connaissait pas, quand la thèse de Reynaud a paru, les auto intoxications.

M. le Dr Roy. — Ce peut être une névrite infectieuse.

III. — PRÉSENTATION DES NOUVEAUX INSTRUMENTS DU Dr VAJNA, PAR M. HEIDÉ.

M. Heidé. — Le Dr Vajna, de Budapesth, m'a chargé de vous présenter quelques instruments de son invention. Comme la Société ne s'intéresse pas seulement aux communications théoriques, mais aussi aux questions d'importance pratique, je pense que cette présentation aura quelque utilité pour vous.

(Il donne lecture d'une communication et soumet divers instruments à l'examen de l'assemblée. Sera publiée.)

IV. — POMPE A SALIVE A ACTION CONTINUE, PAR M. QUINCEROT.

M. Martinier. — La communication de M. Quincerot est, sur sa demande, ajournée à la prochaine réunion.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire général,
Dr ROY.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Réunion du 22 avril 1895.

Présidence de M. MAGITOT, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

M. Marchandé présente une deuxième grosse molaire supérieure droite, saine en apparence et portant au sommet des deux racines externes une membrane de 1 centim. 1/2 de long. Cette membrane n'est autre, à première vue, que la paroi gingivale, l'alvéole ayant complètement disparu.

Observation.

A. T., santé robuste, légèrement arthritique par lui-même et ses ascendants, était venu le consulter un mois auparavant pour cette dent, qui n'était pas douloureuse et était légèrement chancelante. Décollement étendu de la gencive et plusieurs fistules avec pus assez abondant.

Après diverses injections modificatrices sans résultat, extraction de la dent. Toute la paroi alvéolaire avait disparu ; une cavité énorme se présentait, semblant être le sinus lui-même.

DISCUSSION

M. Magitot. — Il s'agit d'un individu adulte dont toute la bouche est saine, sauf le point où on est intervenu. On se trouve en présence d'un kyste périostique qui s'est formé au niveau de l'ex-

trémité des racines. D'abord séreux, il s'est abcédé et alors se sont produites des fistules qui ont nécessité l'extraction.

M. Marchandé. — Le malade a toutes les autres dents saines. Aucun liquide n'a pu passer par le nez, ce qui confirme le diagnostic de kyste périodique. La cicatrisation et la guérison sont complètes aujourd'hui.

Le malade ne se souvient d'aucun traumatisme et on ne peut incriminer que l'arthrite infectieuse comme cause initiale de l'affection.

De la nutrition chirurgicale de la pulpe dentaire.

Discussion

M. Marchandé entend par ce vocable l'extirpation immédiate, au moyen d'un tire-nerf, d'une pulpe à nu et non mortifiée.

Outre la douleur qui l'accompagne, l'hémorragie qui en résulte est quelquefois difficile à tarir, et laisse souvent au sommet de la racine un caillot qui peut se justifier plus tard.

M. Marchandé se sert de l'acide arsénieux pour détruire la pulpe et finit la mortification avec l'acide phénique ou la créosote.

Sur les dents antérieures l'acide arsénieux détermine quelquefois une coloration noirâtre s'il reste trop longtemps en place. Il faut le manier prudemment chez les enfants dont les dents n'ont pas encore leurs sommets ossifiés.

M. Rodier. — Il faut détruire la pulpe toutes les fois qu'elle est mise à nu, car toute pulpe touchée par un instrument est condamnée à une mortification inévitable.

M. Magitot. — La pulpe est un organe enfermé dans un espace clos ; quand elle est à nu, elle doit le plus souvent être détruite. Elle se met à nu : 1° par fracture ; 2° par carie. Quelle conduite tenir en cas de mise à nu : 1° par fracture, *a*) des dents uniradiculaires, *b*) des dents multiradiculaires ; 2° par carie ?

Pour une incisive fracturée dont les deux fragments n'étaient pas séparés, M. Magitot a tenté sans succès la conservation de la pulpe.

Pour détruire la pulpe il emploie l'acide arsénieux auquel il ne trouve que des avantages. Quand la pulpe est décongestionnée par quelques pansements calmants, cette destruction se fait sans douleur ; la douleur est très forte, au contraire, si l'application du caustique a lieu dans le cas de pulpite.

M. Magitot s'efforce de conserver la pulpe, car toute dent dont la pulpe est détruite est vouée rapidement à la périostite. Quand la pulpe est détruite dans une dent, il préfère la greffe à tout autre traitement.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUAND ON VOUDRA

Le *Monde Dentaire* public un excellent article de son rédacteur en chef, M. P. Vasseur, sur l'œuvre du Syndicat des chirurgiens-dentistes. Entre autres excellentes choses, nous y lisons ceci :

« On sait qu'actuellement on compte en France sept sociétés » professionnelles en dehors des sociétés scientifiques ; en voici, » d'ailleurs, l'énumération :

» La Chambre syndicale de l'art dentaire,
» L'Association générale des dentistes de France.
» Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de l'Etat.
» La Société des dentistes du Sud-Ouest.
— — Sud-Est.
— — de l'Ouest.
— — du Nord et du Pas-de-Calais.

» Il n'est pas exagéré de dire que ces sociétés représentent la » grande majorité des dentistes de France.

» Que toutes ces forces qui veulent assurément la profession » honorée et honorablement exercée se réunissent pour la purger » de toute la séquelle de contrebandiers qui maraude aussi bien en » haut qu'à tous les échelons de l'échelle.

» Groupements professionnels, c'est vers ce but que tous vos ef- » forts doivent converger ! L'union vous rendra d'autant plus re- » doutables que vos adversaires sauront que vous représentez les » intérêts généraux de la profession, comme aussi que la lutte en- » treprise ne prendra fin qu'au jour où le charlatanisme sera défi- » nitivement terrassé.

» Trêve aux distinctions de sociétés. Vous avez su vous unir sur » le terrain du progrès en organisant cet admirable congrès de » Bordeaux où l'art dentaire français a révélé des merveilles ; » unissez-vous pour la défense de votre droit, de votre patrimoine; » unissez-vous pour la défense de l'humanité qui est la grande ex- » ploitée. »

Depuis quinze ans les conseils successifs de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole Dentaire de Paris ont poursuivi l'union professionnelle, et le jour où nos confrères voudront qu'elle soit plus étroite qu'elle ne l'est actuellement, on nous trouvera tout disposés à y contribuer de toutes nos forces.

C'est pour cela que nous avons récemment entretenu des membres du bureau du Syndicat des chirurgiens-dentistes de l'opportunité d'une fusion et nous serions heureux qu'on trouvât le moyen de la réaliser.

Si les dentistes avaient un sentiment très vif de leurs intérêts collectifs, il serait compréhensible que les groupements destinés à les servir fussent nombreux. Ces groupements permettraient d'em-

ployer plus de bonnes volontés, de donner satisfaction à des manifestations diverses de l'activité professionnelle. Il n'en est pasainsi. Très peu de nos confrères participent autrement que par leur cotisation aux travaux des assemblées générales, des bureaux, des sociétés et des commissions.

Aussi la charge de la gérance et des responsabilités retombe-t-elle toujours sur les mêmes têtes. Nous sentons tous qu'il y aurait avantage à grouper les administrations diverses, de manière à rendre moins fréquentes les convocations, à diminuer le nombre des cotisations, à centraliser les efforts au lieu de les éparpiller.

Puisque nos sociétés n'ont pas un rôle essentiellement distinct, leur multiplicité ne répond pas à une nécessité réelle.

Les idées d'union sont dans l'air, c'est pour les servir que beaucoup de nos collègues ont porté à la présidence du Syndicat des chirurgiens-dentistes l'un de nos plus sympathiques confrères de l'Ecole Odontotechnique. Cet exemple montre que l'accord est facile entre nous sur les questions de personnes et qu'il n'y aurait pas grand obstacle à fondre nos divers états-majors en un bureau où tous les éléments actifs et bien intentionnés auraient place.

Cela est surtout indiqué pour les sociétés qui ont leur siège à Paris.

Quant aux sociétés provinciales, nous ne savons ce qu'en pensent les membres qui les constituent. Mais à notre avis, et nous n'exprimons ici que des opinions personnelles, elles ont un rôle distinct d'une société centrale parisienne. Il est à peu près impossible à celle-ci de poursuivre les délits d'exercice illégal en même temps à Carpentras, à Rennes et à Lille, de constituer des groupements scientifiques ici et là, de former des sociétés pour créer des centres d'enseignement.

Il nous semble avantageux, non seulement que les sociétés provinciales actuelles subsistent, mais encore qu'elles s'augmentent et que chacune d'elles garde le maximum d'autonomie compatible avec les intérêts généraux de la profession. Cela n'empêchera pas d'entretenir avec la société centrale parisienne d'excellents rapports, de mener en commun certaines entreprises d'intérêt national telles que : congrès, œuvres d'assistance et démarches auprès du Gouvernement.

Par ces moyens nous constituerons en France un organisme au moins aussi puissant que la *British Dental Association* et nous aurons assuré aux dentistes français des moyens de protection et de développement qui montreront toutes les ressources de notre génie national.

P. Dubois.

UN EXAMINATEUR QUI CROIT EN LUI

M. Ducournau, chirurgien-dentiste de la *Faculté de Lima*, s'est rendu au Congrès de Bordeaux pour y faire en séance des déclarations que le compte rendu sténographique, publié dans le dernier

numéro de l'*Odontologie*, a fait connaître au public professionnel tout entier.

Les paroles prononcées par M. Ducournau ont trait au nouveau diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, et elles portent sur deux points principaux :

1° La valeur du nouveau titre ;

2° Les raisons pour lesquelles M. Ducournau ne l'a pas recherché.

Les protestations de la majorité des membres du Congrès ont dû prouver à notre confrère combien ses appréciations étaient déplacées, mais il importe néanmoins d'insister à nouveau sur les inconvénients de son attitude.

En ce qui concerne les trois examens exigés pour ce diplôme, M. Ducournau ne connaît que le troisième, les deux premiers lui sont étrangers, et nous pouvons supposer qu'il reconnaît lui-même son incompétence à leur égard.

Reste donc le troisième, pour lequel il a eu l'honneur d'être nommé membre du jury pour la première session des examens en 1894, comme un des représentants de l'Ecole odontotechnique.

Il est bizarre qu'il ait jugé utile de faire connaître publiquement qu'il n'a pas fait consciencieusement son devoir et de déclarer qu'il a été indulgent à l'excès. Mais, après tout, cela l'atteint personnellement et n'intéresse que sa conscience ; quant aux raisons pour lesquelles notre confrère n'a pas cru devoir suivre l'exemple d'un de ses collègues examinateur en se présentant aux examens nouvellement institués, son principal argument repose sur une erreur. M. Ducournau aurait très bien pu et peut encore se présenter aux examens, sans pour cela être examiné par des dentistes qu'il a examinés auparavant ; nous n'y verrions aucun inconvénient, puisque cela se voit tous les jours à la Faculté pour les titres médicaux. M. Ducournau doit savoir, en effet, que jusqu'à ce jour aucun des nouveaux chirurgiens-dentistes diplômés de la Faculté n'a été appelé à faire partie des jurys.

Nous cherchons en vain les raisons pour lesquelles M. Ducournau a tenté d'abaisser la valeur du nouveau titre, car l'effort fourni par les dentistes de toutes les catégories pour se présenter aux examens en question est, à notre avis, tout à l'honneur de notre génération.

Moins dédaigneux que lui, beaucoup de ses confrères, d'âge, de situation et de valeur au moins égaux, n'ont pas hésité un instant à donner l'exemple, au risque même de compromettre une notoriété laborieusement acquise. Est-ce ceux-là que M. Ducournau a voulu atteindre ?

Nous sommes étonné que ses collègues du jury du troisième examen de 1894 n'aient pas protesté contre les paroles de cet étonnant membre du jury qui certainement n'a jamais dû se rendre compte de l'incorrection qu'il y avait pour un examinateur d'examens officiels à venir, dans la séance d'un congrès, essayer de jeter la déconsidération sur des examens qu'il a été appelé à faire passer dans des circonstances heureuses et inattendues pour lui, et à étaler publiquement son insuffisance dans ces fonctions.

L'Annuaire Roubaud de 1896 donne pourtant comme principal titre à ce chirurgien-dentiste de la Faculté de Lima celui d'*Examinateur de la Faculté de Médecine*.

Que voilà un nouveau titre bien acquis, et comme on comprend qu'il méprise ses naïfs confrères qui s'imaginent qu'il est nécessaire de travailler pour se présenter à des examens donnant droit à un titre légal !

P. Martinier.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

L'assemblée générale annuelle du Syndicat a eu lieu le mercredi 11 décembre, sous la présidence de M. Ronnet, à la mairie du IXe arrondissement.

L'ordre du jour comprenait, après l'allocution du Président, le compte-rendu des travaux du Conseil d'administration par le secrétaire général, M. Stévenin ; le rapport du trésorier, M. Rollin ; un rapport de M. de Marion et le remplacement de six conseillers.

Le nouveau conseil est ainsi composé :

M Quénot, président.

MM Bonnard et Bruel, vice-présidents.

M Stévenin, secrétaire général.

M. Dubrac, secrétaire adjoint.

M. Rollin, trésorier-archiviste.

MM Richard-Chauvin, de Marion, Jacowski, Ronnet, Bertaux et Hervochon, conseillers.

Le lendemain, le Syndicat offrait chez Champeaux son deuxième banquet, qui a eu l'éclat et le succès du précédent. M. Georges Berry, député de la Seine, que l'on trouve toujours en avant quand il s'agit d'encourager les initiatives ayant pour but les progrès moraux de notre profession, avait bien voulu accepter la présidence.

La presse professionnelle, l'Ecole dentaire de Paris étaient dignement représentées. Le Directeur et le Président du conseil de l'Ecole odontotechnique s'étaient excusés.

Nous citerons parmi les discours les plus applaudis, outre celui du Président, ceux de M. Bonnard, vice-président du syndicat, remplaçant M. Quénot, empêché ; de M. Ronnet, président sortant, Godon, Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, Roger, conseiller judiciaire du syndicat, etc.

P. S.

LES PHARMACIENS DOIVENT-ILS EXÉCUTER LES ORDONNANCES DES DENTISTES?

On a vu au procès-verbal du Congrès dentaire que la thèse restrictive de M. Stévenin a été combattue par plusieurs d'entre nous et que le Congrès a refusé de l'adopter. Bien lui en a pris, si nous en croyons le *Répertoire de pharmacie*, qui publie dans son dernier numéro la communication de M. Stévenin et y répond de la manière suivante :

Etant donnée l'importance de ce point de droit qui, interprété comme l'affirmait notre collègue, nous plaçait après la réglementation dans une situation plus mauvaise qu'avant, nous sommes dans l'obligation de reproduire les réflexions de M. Crinon dans le *Répertoire de Pharmacie*. Elles mettent fin au débat. Les voici :

Nous avons donné très volontiers à M. Stévenin l'hospitalité de nos colonnes, mais nous croyons devoir lui faire remarquer qu'il commet une erreur, lorsqu'il dit que, d'après le texte du projet de loi sur la pharmacie adopté par le Sénat et soumis actuellement à la Chambre des députés, les pharmaciens n'auraient pas plus le droit d'exécuter les prescriptions des dentistes que d'après le texte de la loi de germinal. Que M. Stévenin veuille bien se reporter à l'article 13 de ce projet qui est ainsi conçu :

Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin *ou d'une personne ayant le droit de signer une ordonnance*. . . . .

et il verra que le législateur a songé aux chirurgiens-dentistes ; il aurait pu faire, dans cet article, l'énumération des personnes ayant qualité pour prescrire, mais il a préféré employer une formule générale, ce qui n'empêche pas le résultat d'être le même. En ce qui nous concerne, nous qui avons personnellement assisté à la genèse de cet article 13, nous savons pertinemment que les auteurs de cette disposition ont eu l'intention de viser les dentistes. — C. C.

LETTRE D'ALLEMAGNE

Hambourg, le 27 novembre 1895.

Mon cher directeur,

Vous m'avez demandé de préciser les conditions légales d'exercice de l'art dentaire et la répartition des différentes catégories de dentistes en Allemagne. Voici quelques indications qui renseigneront mes confrères français sur le véritable état des choses dans mon pays.

L'exercice de l'art dentaire en Allemagne est libre, mais, seules, les personnes qui possèdent un diplôme délivré par l'Etat sont autorisées à prendre le titre de *Zahnarzt* (médecin-dentiste).

Il en résulte qu'il y a un grand nombre de personnes qui pratiquent l'art dentaire avec un titre autre que celui de *Zahnarzt*.

On peut diviser en 4 grands groupes les gens qui se livrent à cet art :

1° Les *Zahnärzte* (médecins-dentistes ayant obtenu leurs diplômes dans une université d'Allemagne).

2° Les *Dentisten* (médecins ou chirurgiens-dentistes ayant obtenu leurs diplômes à l'étranger).

3° Les *Zahnkünstler* ou *Zahntechniker* (mécaniciens-dentistes n'ayant pas de diplôme).

4° Les *Zahntechniker*, avec d'autres métiers (les barbiers, bijoutiers, etc., qui s'occupent de dentisterie).

Le nombre total des personnes exerçant l'art dentaire en Allemagne est actuellement de 3.603, ainsi réparties :

977 Zahnärzte,
205 Dentisten,
2.013 Zahnkünstler,
408 Zahntechniker avec d'autres métiers, c'est-à-dire que 66 0/0 ne sont munies d'aucun diplôme.

Voici la proportion dans les principales villes de l'Empire :

Berlin, avec 1.670.000 habitants, compte................	151 Zahnärzte, 27 Dentisten, 285 Zahnkünstler, 19 Zahntechniker avec d'autres métiers.
Hambourg, avec 600.000 habitants, compte................	44 Zahnärzte, 10 Dentisten, 110 Zahnkünstler, 6 Zahntechniker avec d'autres métiers.
Leipzig, avec 357.122 habitants, compte................	24 Zahnärzte, 24 Dentisten, 29 Zahnkünstler, 2 Zahntechniker avec d'autres métiers.
Munich, avec 350.534 habitants, compte................	24 Zahnärzte, 1 Dentist, 70 Zahnkünstler, 1 Zahntechniker avec un autre métier.
Breslau, avec 335.174 habitants, compte................	22 Zahnärzte. 6 Dentisten, 41 Zahnkünstler, 41 Zahntechniker avec d'autres métiers.
Dresde, avec 289.844 habitants, compte................	15 Zahnärzte, 8 Dentisten, 47 Zahnkünstler, 47 Zahntechniker avec d'autres métiers.
Cologne, avec 281.273 habitants, compte................	12 Zahnärzte, 10 Dentisten, 13 Zahnkünstler, 4 Zahntechniker avec d'autres métiers

Les conditions pour obtenir le diplôme de Zahnarzt ont été exactement indiquées dans le numéro d'août de *l'Odontologie ;* je n'ai donc pas à y revenir. Il ne me reste qu'à parler de la situation des différents groupes vis-à-vis du public.

Tandis que la classe ouvrière consulte presque exceptionnellement

les mécaniciens-dentistes, la classe aristocratique et la classe bourgeoise consultent à peu d'exceptions près les dentistes diplômés en Allemagne ou à l'étranger, entre lesquels il n'y a, en fait, pas de différence. Il y a même des dentistes diplômés à l'étranger qui sont dentistes de la cour avec le titre officiel. Toutefois la loi ne reconnait comme Zahnärzte que ceux qui ont obtenu leurs diplômes dans une Université d'Allemagne.

La loi punit de 300 marks d'amende ceux qui prennent ce titre sans y être autorisés.

Je serais heureux que ces détails pussent intéresser les lecteurs de l'*Odontologie* et contribuer à l'enquête qu'elle poursuit sur la situation légale des dentistes dans les différents pays.

O. N.

LE CONGRÈS DE 1897

La Odontologia, de Cadix, consacre un article au projet de congrès dentaire international à tenir en Suisse en 1897, article dont nous extrayons les passages suivants :

« Pour notre part nous applaudissons avec enthousiasme à cette idée, parce que nous comprenons et nous avons toujours soutenu que ces assemblées sont le principal facteur pour élever le niveau moral de notre profession, pour accroître son développement, pour inviter à l'étude et pour resserrer les liens de confraternité qui doivent exister entre les gens de la même classe, car cette union constitue l'élément indispensable de sa grandeur...

« Si le projet se réalise, les organisateurs peuvent compter formellement sur notre concours. La profession en Espagne a déjà répondu comme il convient aux appels qui lui ont été adressés. Le congrès de Chicago comptait 11 dentistes espagnols, celui de Bordeaux 10. et, si l'on tient compte du nombre de dentistes exerçant en Espagne, il faut avouer que la proportion est même plus grande que pour tout autre pays. »

Le journal espagnol exprime cependant la crainte qu'on ne réunisse pas les fonds nécessaires aux frais d'impression des comptes rendus qui, s'il faut en juger par le Congrès de Chicago, seraient fort élevés.

A nos yeux ces craintes ne sont pas fondées. On doit, comme on l'a fait pour le Congrès de Paris en 1889 et celui de Bordeaux en 1895, faire face aux dépenses avec les ressources du Congrès lui-même.

En dehors de la publication de ces comptes-rendus, un Congrès n'a que des dépenses minimes, et il est facile de limiter le développement de la publication au solde en caisse au jour de la clôture du Congrès.

N. D. L. R.

L'ÉCOLE DENTAIRE DE BARCELONE

La Odontologia, de Cadix, consacre un long article à se plaindre avec énergie de l'apathie du gouvernement espagnol en ce qui touche aux réformes, surtout en matière d'enseignement.

Après avoir essayé d'instituer l'enseignement dentaire et de modifier en même temps l'organisation de la profession, l'Administration renonce totalement à ce projet. Mais ce que le gouvernement ne peut faire, la députation provinciale de Barcelone veut l'entreprendre et on annonce qu'elle va établir dans cette ville une école dentaire, revêtue d'un caractère officiel.

« C'est, dit le journal espagnol, l'initiative individuelle substituée à l'effort collectif, c'est le régionalisme écartant la centralisation funeste, qui étouffe les entreprises les plus nobles. »

A l'école de Barcelone l'enseignement aura une durée de quatre années. L'établissement sera installé dans les locaux de la Faculté de médecine, qu'on construit en ce moment et qui sera terminée dans quatre ans.

La création de cette école se devra, en premier lieu, au *Cercle odontologique de la Catalogne*, qui en a conçu le projet, et aux dentistes catalans en général, qui l'ont accueilli avec enthousiasme et se sont efforcés de le réaliser.

La députation l'adopta, à son tour, avec empressement et a essayé de l'exécuter à bref délai. Celle-ci ne reçoit aucune subvention du gouvernement dans cette circonstance et n'agit qu'avec ses seules ressources.

La Odontologia espère que cet exemple sera suivi sur d'autres points de la péninsule ibérique.

LA DENTISTERIE AU CHILI

L'enseignement dentaire est réglementé par le décret du 18 octobre 1888. Il a une durée de 2 ans : 1re année, anatomie, physiologie, pathologie et thérapeutique ; 2e année, chirurgie et clinique. Il est donné, en 1re année, par un médecin-chirurgien, la 2e par un dentiste.

La 1re année les étudiants doivent faire des préparations d'anatomie descriptive et d'anatomie pathologique. Le cours a lieu, la 1re année, à l'école de médecine et, la 2e, dans une salle à ce destinée, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, annexé à l'école.

La clinique dispose des commodités nécessaires et est fréquentée journellement par un public nombreux ; tout y est gratuit : les soins et les matières employées. Les élèves de 1re année doivent y assister deux heures par jour.

Le jury chargé de faire subir les examens se compose, pour les deux années, de professeurs de la Faculté de médecine auxquels est adjoint le professeur dentiste de l'école. Indépendamment des

épreuves orales qui composent les examens des deux années, on exige des candidats : 12 ou 15 aurifications, 20 obturations à l'amalgame, autant avec le ciment et diverses opérations de chirurgie, enfin 10 ou 12 pièces de prothèse ; le tout est présenté au jury.

L'épreuve orale a une durée de 1 h. ou 1 h. 1/2, suivant les cas. Le diplôme est délivré par le doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie.

(Extrait de *La Escuela medico-dental.*)

LA DENTISTERIE AU JAPON

Le Japon est plein de dentistes, et de dentistes indigènes qui réussissent très bien. Il y a une section dentaire rattachée à la section médicale de l'Université impériale de Tokio. Cette ville comporte 56 praticiens dentistes, occupant chacun de 4 à 12 étudiants, qui assistent à toutes les opérations. L'un meut la fraise, un autre manie la seringue, un troisième prépare les feuilles d'or, et la division de leur travail est tout à fait scientifique. Beaucoup de dentistes japonais sont gradués des premiers collèges américains ; ils sont très habiles. Les Japonais aiment beaucoup faire aurifier leurs dents antérieures et fréquemment ils se font creuser des trous dans de bonnes dents pour y faire fouler de l'or et les faire polir, parce qu'ils pensent que ces aurifications sont l'indice d'une civilisation avancée. San Francisco forme environ cent dentistes japonais par an. Il existe à Tokio une fabrique d'instruments et de produits pour dentistes, y compris les tours et les instruments de porcelaine. Il y a quatre dentistes américains au Japon, mais leur clientèle a beaucoup diminué à cause de la multiplication rapide des dentistes indigènes.

(*Pacific Stomatological Gazette.*)

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CIVIL DE BREST

Audience du 8 novembre 1895.

CHIRURGIEN-DENTISTE. — MÉCANICIEN-DENTISTE. — MANDAT. — LOUAGE D'OUVRAGE OU D'INDUSTRIE.

Le mécanicien-dentiste dont les opérations consistent à exécuter des pièces de prothèse, sous la surveillance et les indications de son patron qui les pose lui-même, ne peut être considéré comme exerçant avec son patron l'art dentaire ou une profession libérale.

En conséquence, les rapports existant entre le patron et le mécanicien-dentiste doivent être régis par les règles édictées en matière de louage d'ouvrage et d'industrie (art. 1.780, c. civil) et non par celles relatives au mandat.

H. c. P.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'un mécanicien-dentiste qui avait quitté son emploi sans avis préalable. Ayant actionné son patron en paiement de 137 fr. 80 à lui dus pour appointements, le patron avait riposté par une demande reconventionnelle en paiement de 150 fr. de dommages-intérêts pour le préjudice causé par le départ intempestif.

La question posée était assez délicate, car elle soulevait le point de savoir si l'engagement ayant pour objet des œuvres de l'esprit ou des travaux dépendant d'un art libéral doit être considéré comme un mandat ou un louage d'ouvrage. Elle est, en effet, controversée, mais l'opinion dominante veut que cet engagement revête non les caractères du contrat de louage d'industrie, mais ceux du contrat de mandat comme plus compatible avec la nature élevée des travaux.

Le 16 mars 1895 [1], le tribunal de paix de la ville de Brest rendait un jugement qui peut se résumer ainsi : la profession de dentiste est une profession libérale comme celle des médecins ; celui qui *aide* le dentiste dans sa profession reçoit un *mandat* et ne peut être assimilé à un employé de commerce ou autre dont le contrat est un contrat de *louage d'ouvrage ou de service.* Ce jugement adopte l'opinion plus généralement admise qui consiste à dire que les médecins, artistes, dentistes, avocats, etc., sont des mandataires et non des locateurs d'ouvrage. Il ajoute même que les « *aides* » participent de la nature juridique de la profession et qu'eux aussi sont des mandataires. Les différences juridiques sont très grandes entre le mandat et le louage d'ouvrage. En cas de mandat, sa révocation peut avoir lieu quand bon semble au mandant, il peut à tous moments faire cesser le mandat. D'un autre côté, le mandataire peut résigner ses fonctions à son gré, sauf s'il s'agit d'une résignation au cours d'une opération par lui commencée ; enfin, le congé préalable ne peut être exigé du mandataire comme on est en droit de l'exiger de la part d'un employé de commerce qui, lui, est lié par les règles du contrat de louage de services (art. 1.780, c. civil modifié par la loi du 27 déc. 1890) qui consistent notamment en l'obligation de donner un congé préalable et de ne pas rompre le contrat d'une manière intempestive.

Le juge de paix a appliqué les règles du mandat. Aussi le patron a-t-il été débouté de la demande reconventionnelle en paiement de 150 fr. pour le préjudice à lui causé par le brusque départ de son « *aide* ». On peut donc tirer cette conclusion que le patron et l'opérateur sont dans un état de complète indépendance l'un envers

---

1. V. le texte du jugement, *supra*, p. 303.

l'autre, qu'ils sont libres de se séparer quand l'un ou l'autre le désire, sans s'exposer à des dommages-intérêts.

Le patron a interjeté appel du jugement et l'affaire est revenue devant le tribunal civil de Brest, qui a rendu le jugement suivant :

Le tribunal,

Attendu que le sieur P... a passé avec le sieur H..., dentiste, un contrat d'après lequel il devait, moyennant 250 fr. pour le premier mois, et 320 fr. pour les mois suivants, travailler à la confection des pièces artificielles nécessaires à l'art du sieur H... ;

Attendu que les opérations de mécanicien-dentiste effectuées par le sieur P... consistaient à exécuter, suivant les données qui lui étaient fournies par l'appelant, des pièces que ce dernier posait lui-même, que, par conséquent, le sieur P... ne peut être considéré comme exerçant avec son patron l'art dentaire ou une profession libérale;

Attendu que l'intimé devait, pour se conformer aux usages, prévenir, un mois à l'avance, le sieur H... de son intention de rompre le contrat;

Attendu que le sieur H..., averti seulement le 5 janvier après son retour de Paris, a dû retourner immédiatement en cette ville pour y chercher un autre mécanicien-dentiste, tandis qu'il aurait pu le faire sans frais, avait été averti quelques jours plus tôt ;

Qu'en fait on ne peut considérer comme avis suffisant et catégorique le télégramme expédié le 31 décembre 1894 au sieur H... par le sieur S..., agissant en la circonstance pour son propre compte, sans faire allusion à un mandat du sieur P... à cet égard;

Attendu que l'appelant est donc fondé à réclamer une indemnité pour le préjudice qui lui a été causé par la rupture du contrat dans ces conditions;

Attendu que la somme de 150 fr. n'est pas exagérée ;

Attendu que la somme de 45 fr., que le sieur H... avait demandée primitivement à titre de remboursement de frais de voyage, n'est plus réclamée ;

Attendu que le sieur H... n'a jamais contesté le chiffre de 135 fr. 80 représentant les salaires dus au sieur P... et en fait l'offre dans ses conclusions,

Par ces motifs :

Infirme le jugement dont est appel, donne acte au sieur H... de ce qu'il reconnaît devoir 135 fr. 80 au sieur P... ;

Condamne ce dernier à payer à l'appelant, à titre de dommages-intérêts, la somme de 150 fr., avec intérêts du jour de la demande ;

Condamne le sieur P... en tous les dépens.

Comme on le voit, le patron a eu gain de cause en appel. Quelle est donc la raison de ce revirement? C'est ce que nous avons à rechercher.

Invité à donner notre avis sur cette affaire, nous avons dit : « L'aide dentiste, l'opérateur participe de la nature juridique de la profession. Soit ; mais en est-il de même du mécanicien-dentiste ? Doit-il être considéré, lui aussi, comme exerçant une profession libérale? N'y a-t-il pas des différences profondes, essentielles qui font un obstacle invincible à leur assimilation juridique ?

L'aide, l'opérateur, assiste le maître scientifiquement ; il participe aux soins et traitements ; voilà le côté libéral de la profession. Tandis que le mécanicien-dentiste confectionne des appareils, n'est-il

pas plutôt par la nature même de ses travaux un industriel, un ouvrier? Le mécanicien-dentiste fabrique des appareils dentaires, c'est un orfèvre, il s'occupe d'orthopédie ; sa collaboration est d'ordre matériel et non scientifique. Il est dans ses rapports avec son patron ce que Mathieu et Charrière sont vis-à-vis de leur clientèle.

Dira-t-on que ces derniers exercent une profession libérale? Non, certainement. Si le mécanicien-dentiste n'exerce pas une profession libérale, il doit être régi par l'article 1780 du Code civil sur le louage d'industrie et non par les articles 1991 et suivants sur le mandat.

« Que dit cet article 1780, modifié par la loi du 27 décembre 1890? »... La résiliation du contrat par la volonté d'un seul des contractants peut donner lieu à des *dommages-intérêts.* »

« Dans quel cas y a-t-il lieu à des dommages-intérêts ? S'il y a eu rupture du contrat d'une manière intempestive, c'est-à-dire sans laisser au patron le temps de chercher un remplaçant ou bien à l'employé celui de chercher une autre situation. »

C'est cette théorie qui a prévalu devant le tribunal civil. Le juge de paix avait dit: « Le mécanicien-dentiste est un *aide* et, comme tel, il exerce une profession libérale, donc liberté pour lui de quitter son emploi sans congé préalable puisqu'il est, par rapport à son patron, dans les liens du mandat comme exerçant aussi une profession libérale ». Le tribunal répond : « la théorie serait exacte, si le mécanicien-dentiste était un *aide*, un opérateur; mais le mécanicien-dentiste exécute des appareils dentaires suivant les données fournies par le patron et posés par ce dernier, il ne peut être considéré comme exerçant avec son patron l'art dentaire ou une profession libérale ».

Ces prémisses posées, la conclusion ne pouvait être douteuse : c'est dans les articles sur le louage d'ouvrage qu'il fallait chercher la solution du litige. Le mécanicien-dentiste a résilié le contrat, mais a-t-il laissé au patron un temps suffisant entre le congé donné et son départ? Si oui, il ne peut être question de dommages-intérêts. Si non, c'est autre chose. Dans l'espèce, le mécanicien-dentiste était parti huit jours après le congé donné; l'usage veut un mois. Le départ a semblé précipité au tribunal et de nature à causer au patron un préjudice; la demande en dommages-intérêts du patron a été accueillie.

LA PROPRIÉTÉ DES AMPOULES DE CHLORURE D'ÉTHYLE

A la suite d'un procès pour contrefaçon des tubes de **Kélène,** la *Cour d'appel de Lyon*, par arrêté du 23 juillet 1895, confirmant un jugement du Tribunal civil du 26 juillet 1893,

A dit *seul valable le brevet de MM. GILLIARD, MONNET et CARTIER, pour ampoule de chlorure d'éthyle ;* a déclaré *le Chloréthyle du Dr Bengué, de Paris, contrefaçon de ce Kélène en ampoules (chlorure d'éthyle pur);* a ordonné la *confiscation des appareils saisis,* fait défense *d'en continuer la fabrication et la vente, avec condamnation à des dommages-intérêts, aux dépens et à l'amende.*

LIVRES ET REVUES

Association générale des dentistes du sud-est de la France. Bulletin-journal de la réunion tenue à Nice. Secrétaire de la rédaction, A. Chapot. Nice, impr. et lithog. Malvano-Mignon, 1, *rue Garnier*, 1895.

Ce compte rendu d'une soixantaine de pages témoigne d'une activité de bon augure pour la vitalité des sociétés provinciales. Le nombre des membres, la valeur de certaines communications, le zèle progressiste de tous montrent ce qu'on peut faire en créant des centres régionaux, points de ralliement des bonnes volontés. Des tentatives aussi heureuses hâteront le jour où il ne sera plus permis de conquérir ou de garder une certaine situation professionnelle si l'on ne coopère pas à l'œuvre commune.

Il serait vraiment souhaitable que l'exemple de la société du Sud-Est fût suivi aux quatre points de l'horizon.

Répertoire Odontologique, par Paul Vasseur, Directeur du Monde Dentaire 1896, *au journal le Monde Dentaire*, 9, *rue de Londres.*

Un livre de renseignements sur le nombre et le domicile des dentistes, sur la politique professionnelle était depuis longtemps attendu.

Que de fois nous avons été questionné par des clients, par des confrères sur l'existence d'un dentiste dans telle ou telle région sans pouvoir répondre comme nous l'aurions voulu ! La liste que vient de publier le Directeur du *Monde Dentaire* rendra désormais la réponse facile. Il donne pour toutes les localités, petites et grandes, le nom des dentiste y exerçant, le chiffre de la population, ainsi que plusieurs renseignements statistiques qui seront d'une grande utilité.

M. Vasseur a eu aussi la bonne pensée d'adjoindre à la liste des praticiens une deuxième partie donnant *in extenso* la discussion des Chambres sur la réglementation de l'art dentaire, la loi de 1892 et les différents décrets qui en ont été la conséquence, une nomenclature des questions posées aux différents examens de la Faculté de Médecine et les programmes des écoles dentaires existantes.

Ces divers documents seront consultés avec profit par tous ceux qui s'intéressent à l'art dentaire.

Il est à souhaiter que ce livre ait de nombreuses éditions afin d'être remis à jour à des époques assez rapprochées. Nous sommes convaincu qu'il en sera ainsi, l'initiative de M. Vasseur étant des plus heureuses et appelée à rendre service à tous.

REVUE DE L'ÉTRANGER

ACTION DE LA PATE ARSENICALE SUR LA PULPE DENTAIRE

Par MM. Herz, Frankl et F. Schenk

L'action de divers agents sur la pulpe dentaire a été depuis longtemps l'objet d'observations pratiques en ce sens qu'on prenait pour point de comparaison les effets qui se produisent dans la dent, en partie quand la sensibilité est atténuée, en partie quand elle est complètement détruite, afin de mieux étudier l'agent. Dans tous les cas on expliquait l'apparition des phénomènes de la façon suivante :

L'incapacité locale des nerfs d'amener au centre une excitation ou, autrement dit, l'inconductibilité absolue des nerfs de la pulpe entraîne l'insensibilité de celle-ci. Rothmann [1] signale une série de médicaments qui ont été employés pour diminuer la douleur d'une pulpe enflammée ou la supprimer. Les divers liquides alcooliques, diverses substances aromatiques telles que l'huile d'œillet, l'encens, l'ail, enfin des caustiques tels que l'acide phénique et la créosote, furent essayés.

Rothmann considère que l'effet de tous ces agents n'est que de courte durée, qu'ils atténuent la douleur en agissant comme anesthésiques. Il n'est pas impossible, suivant lui, que la pulpe soit cautérisée par ces agents ou que, les parties voisines de la muqueuse étant également atteintes par ceux-ci et devenant hyperémiques, il en résulte une déperdition du sang de la pulpe, laquelle contribuerait à la diminution de la sensibilité de la pulpe.

On s'est vu contraint également en dentisterie de recourir au fer rouge dans ce cas. Ce n'est qu'en 1836 que Spooner signala l'action calmante de l'arsenic sur la pulpe, donnant ainsi un médicament qui n'avait pas été employé antérieurement. L'acide arsénieux est d'ordinaire uni à la créosote, employé comme pâte. Cet emploi sert, suivant l'expression ordinaire, à cautériser la pulpe. L'effet calmant de cette pâte est principalement expliqué par son influence sur les nerfs de la pulpe.

Arkovy a constaté qu'après l'emploi de l'arsenic sur la pulpe, il se produit une dilatation des canaux, il se forme de l'hémoglobine, que le contenu des canaux se décompose, que les corpuscules des tissus conjonctifs s'allongent et que la myéline contenue dans les fibres nerveuses se décompose en noyaux. Au contraire, après l'emploi de la pâte arsenicale, la dentine, d'après Arkovy, n'éprouve aucun changement, ce que Baume et Schlenker n'ont pas admis complètement autrefois (Scheff).

---

1. *Handbuch der Zanhheilkunde* (Manuel d'art dentaire), par Scheff, 2e vol., 1re part.

D'après Rothmann, la pâte arsenicale agit moins sur une pulpe enflammée que sur une pulpe non enflammée, tandis que Witzel est d'un avis opposé. Les mélanges de créosote et d'acide phénique sont, pour Paschkis, secondaires comme moyens de désinfection, car autrement, peu après l'emploi de la pâte, l'extraction de la pulpe et l'obturation des canaux radiculaires se font avec des substances agissant comme antiseptiques. Il n'est pas vraisemblable que la cautérisation de la pulpe ait pour effet de transformer celle-ci tout entière en une eschare, puisque, comme le prétend Scheff, l'eschare de cautérisation qui se forme empêche la continuation de l'action de l'agent. De même, un phénomène d'empoisonnement de la pulpe ne semble guère pouvoir être admis, parce que les changements qui se manifestent surviennent relativement vite, de telle sorte qu'une propagation du toxique au-delà ne semble pas pouvoir être considérée comme possible. S'il se produit des phénomènes d'intoxication, ceux-ci ne peuvent être qu'une conséquence de l'absorption ou du mauvais emploi de l'agent ou bien ne peuvent provenir que d'une idiosyncrasie.

Il a été fait, relativement à l'action de l'arsenic, d'autres essais d'une importance capitale. Quoiqu'ils ne se rattachent pas directement aux recherches que nous avons en vue, il peut en résulter maintes conséquences qui confirment celles-ci sous quelques rapports. Nous faisons allusion à des travaux marquants sur l'effet de l'arsenic qui ne se réfèrent pas, à vrai dire, à l'action de celui-ci sur la pulpe, mais plutôt à son effet pharmaco-dynamique. Binz et Schulz [1] s'expriment ainsi sur le contact des acides arséniques avec le sang privé de sa fibrine : « Il ne survient pas de changement marqué des acides de l'arsenic par le contact avec le sang privé de fibrine ou d'oxyhémoglobine. » Et, à un autre endroit : « Le sang est, en présence de l'arsenic, un corps passablement inerte. » Ils disent, de plus, que l'arsenic passe à travers les cellules vivantes de l'organisme dans l'acide arsénique destructif et ils croient ainsi avoir trouvé l'explication immédiate de son effet toxique et l'explication graduelle de son effet curatif. Ils désignent le tout comme un phénomène protoplasmique.

En outre de cette communication, il y a encore une série de travaux dus à Dogiel, Bunsen et Berthold, A. Lesser et beaucoup d'autres qui, sur plusieurs points, partagent les idées de Binz et, sur plusieurs autres, sont d'un avis différent. Mais tous s'occupent d'essais qui sont plutôt relatifs à l'effet général de l'arsenic sur l'organisme et touchent moins à son action directe sur la pulpe. Nos recherches se sont bornées à l'action des pâtes arsenicales en usage sur la pulpe dentaire de l'homme.

Nous avons examiné d'abord des pulpes normales de dents saines qui avaient été extraites, par exemple, pour cause de luxation, c'est-à-dire, pour la plupart, de canines. La pulpe fut placée dans la solution de Flemming ou dans une solution d'acide chromique phé-

---

1. *Archiv für experimentale Pathologie und Pharmakologie*, vol. II.

niqué très dilué pendant 12 ou 24 heures, puis lavée, durcie dans l'alcool, enfin divisée de la manière connue en une série de sections. Après la coloration avec l'hématoxyline et l'éosine, on ne fit aucune remarque digne d'être rapportée s'écartant des faits déjà connus. C'était un tissu riche en noyaux dans lequel se trouvaient des ramifications de vaisseaux passablement larges. L'espace creux était dépourvu de sang dans la plupart des cas, l'orifice des vaisseaux réduit au minimum et les noyaux étaient pressés les uns contre les autres, alignés le long des parois, comme dans ceux qui contenaient encore du sang. Si nous déposions une pulpe saine semblable, après son extraction de la dent, dans une pâte arsenicale pendant 24 heures, dans la plupart des cas les noyaux des capillaires et des petits vaisseaux étaient plus alignés et plus serrés les uns contre les autres que dans les pulpes non modifiées et les vaisseaux se présentaient sous forme de lignes plus minces, en formes vagues, disposées la plupart du temps dans la longueur.

Si nous extrayions des pulpes pathologiques après qu'elles avaient été exposées 24 heures durant à l'action de la pâte arsenicale et si nous les traitions comme il a été dit ci-dessus, les sections longitudinales présentaient une apparence qui, à maints égards, s'écartait de leur aspect normal. Nous apportâmes la plus grande attention au contenu des vaisseaux, parce que nous fûmes dès l'abord surpris que leurs orifices ne fussent pas vides, comme nous le voyons d'ordinaire, mais qu'ils fussent presque constamment remplis de sang. Les corpuscules sanguins étaient serrés les uns contre les autres et offraient un aspect analogue aux caillots de fibrine, qui remplissent l'orifice des vaisseaux. Nous avons trouvé souvent, dans quelques vaisseaux de la pulpe voisins de la paroi, à l'intérieur de ces caillots, quelques masses décomposées en noyaux également, pouvant appartenir en partie aux masses de fibrine ou provenir des produits de décomposition des corpuscules sanguins. Si nous considérons ces figures, elles nous fournissent la preuve que l'action de la pâte arsenicale se manifeste par d'autres phénomènes, qu'elle amène une coagulation du sang dans l'intérieur des capillaires et qu'elle produit dans ces derniers un élargissement de l'orifice par suite d'un afflux démesuré de sang.

Des sections transversales et longitudinales de la pulpe ont permis de voir les éléments du tissu de la pulpe semés les uns contre les autres et composés d'éléments riches en noyaux ; à la surface seulement se trouvaient les éléments correspondant aux odontoblastes rapprochés les uns des autres. La section est parsemée de vaisseaux divisés, se dirigeant les uns dans la largeur, les autres dans la longueur, dont les parois sont riches en noyaux, avec des noyaux placés dans la longueur et dans la largeur, qui, sous l'action d'une teinture déterminée, se colorent assez fortement en tant que substances hématophiles. La pléthore sanguine des vaisseaux s'étend à une grande partie des sections de la pulpe. Cet examen permet d'établir ce fait important que la pâte arsenicale entrave la circulation dans le réseau capillaire de la pulpe quand elle est em-

ployée d'une façon suffisamment active. Ce fait se produit parce que la pâte arsenicale, au contact des substances organiques traversées par un réseau capillaire, amène une coagulation complète du sang à l'intérieur des vaisseaux, ce qui, à son tour, s'explique parce que, d'une part la paroi capillaire vivante perd complètement, sous l'action de l'arsenic, sa propriété active de conserver le sang liquide dans son parcours et que, d'autre part, le sang lui-même se coagule au contact de la masse de créosote et d'arsenic.

Le premier phénomène que l'on constate dans l'action de la pâte sur la pulpe dentaire est une coagulation du sang dans son parcours.

On rencontre aussi très fréquemment des cas dans lesquels les capillaires de la pulpe, également resserrés, sont courbés en forme de vagues dans diverses directions et dans lesquels les noyaux, à la surface de ces capillaires, sont notablement allongés et serrés les uns contre les autres, par comparaison avec ce que l'on rencontre dans les pulpes normales ; souvent même l'orifice d'un vaisseau ou d'un capillaire est si rétréci qu'on ne peut conclure à la présence d'un capillaire ou d'un petit vaisseau que par la disposition des noyaux et par la direction des lignes des noyaux colorés. Dans ce cas on voit parfois une coagulation du sang dans la zone de ramification des gros orifices, tandis que d'autres parties des capillaires paraissent totalement vides de sang. Cette absence de sang ne peut s'expliquer que par la contractilité des capillaires, en ce sens qu'aux points où l'action de la pâte arsenicale ne se fait pas sentir, elle se manifeste néanmoins dans beaucoup de parties voisines par une contraction des capillaires et par une paralysie de l'état de contractilité, desquelles résultent le rétrécissement de l'orifice des canaux, le rapprochement des noyaux des capillaires, parfois aussi leur apparence d'allongement et les courbures ci-dessus mentionnées du capillaire lui-même. Il peut aussi arriver que la contractilité des capillaires soit plus grande chez certains individus que chez d'autres. Il n'en reste pas moins à signaler dans ce cas une absence de sang qui a pour effet d'annihiler l'activité circulatoire, tout comme la coagulation dans la partie où la circulation s'arrête sous l'action directe de l'arsenic.

Pour vérifier l'action de la pâte arsenicale sur les petits vaisseaux sanguins et les capillaires, nous avons essayé de l'étudier directement au microscope. Cette étude se fait le mieux sur les parties du corps dans lesquelles l'examen de la circulation a été maintes fois répété et ce sont celles-là que nous avons utilisées le plus possible.

Sur le mésentère tendu d'une grenouille dont on voyait nettement la circulation du sang dans les vaisseaux, nous mîmes une trace de pâte arsenicale et constatâmes aussitôt un arrêt de la circulation sous les masses opaques de la pâte qui s'étendait. En enlevant ce morceau de mésentère et en le regardant au microscope, après l'avoir coloré à l'hématoxyline comme nos préparations de pulpe, nous remarquâmes de petits et de gros vaisseaux, remplis de sang coagulé ; plusieurs vaisseaux capillaires étaient dépourvus de sang et les noyaux des parois semblaient s'étendre beaucoup moins

en longueur, quoiqu'ils n'eussent pas non plus la forme de bâtonnets comme dans les vaisseaux de la pulpe.

Si nous continuions l'essai de façon à placer de la créosote seule sur le mésentère étendu, il se produisait aussi une coagulation du sang, mais précédée d'une accélération très active de la circulation. Mais si nous mettions l'acide arsénieux seul sur le mésentère, les particules de poudre restaient à la surface de celui-ci, sans qu'on pût observer de trouble dans la circulation. Si nous ajoutions une trace de créosote, il se produisait aussitôt des phénomènes de dissolution des particules arsenicales et la circulation s'arrêtait brusquement. Cet arrêt était si prompt qu'on pouvait le qualifier de momentané. Les limites de la région dans laquelle le mouvement du sang s'arrêtait tout à coup dépendaient exactement des limites de la zone sur laquelle la pâte arsenicale était étendue. Il résulte donc de ces essais que cette pâte a pour premier effet d'interrompre la circulation.

Quoiqu'il faille dire que les propriétés des capillaires de la pulpe dentaire de l'être humain ne sont pas à tous égards les mêmes que celles du mésentère d'une grenouille, nous pouvons cependant signaler un fait commun à tous les deux, à savoir que la paroi capillaire perd ses propriétés vitales et que son contenu sanguin se comporte de même dans les deux cas en présence de l'action de la pâte arsenicale. Il se produit, en effet, dans les deux cas, une coagulation complète qui ne peut être arrêtée facilement.

Nous nous figurons conséquemment que la coagulation du sang ou, pour mieux dire, que l'interruption complète de la circulation est la conséquence immédiate de l'action de l'arsenic et que, par suite de l'arrêt de la circulation dans les capillaires de la pulpe, les terminaisons nerveuses, peut-être aussi les ramifications nerveuses, perdent leur action spécifique et physiologique et que, de cette façon, cet agent se trouve un calmant odontalgique.

On peut aussi obtenir ce résultat par d'autres agents, qui ont pour effet de coaguler le sang, par exemple avec la créosote seule; toutefois la suppression de la douleur est mieux produite par une pâte arsenicale, parce que l'interruption de la circulation est alors plus rapide et s'étend plus profondément sans doute dans la pulpe. Dans la physiologie, ainsi que nous l'apprend le manuel de L. Hermann, il existe des faits qui confirment sérieusement notre opinion sur l'effet de la pâte arsenicale comme calmant odontalgique. L'expérience bien connue de Stenson nous montre que l'interruption de la circulation amoindrit ou supprime l'excitabilité du muscle dans un organisme vivant. De plus, les expériences physiologiques nous montrent que la circulation a une influence considérable sur les centres nerveux et les organes de la périphérie.

Hermann dit à cet égard : « Les organes des centres nerveux et les organes des extrémités périphériques se comportent d'une tout autre façon que le nerf par rapport à la circulation. La suffocation, c'est-à-dire l'arrêt durable de l'arrivée du sang artériel, produit ici des troubles fonctionnels beaucoup plus rapides que dans le muscle. »

Il convient donc de conclure de ces faits que l'effet originaire de la pâte arsenicale se manifeste d'abord par l'arrêt complet de la circulation, ensuite de laquelle la sensibilité des organes terminaux, de quelque nature qu'ils soient, est amoindrie ou totalement supprimée.

La pratique nous apprend que, dans bien des cas, malgré un emploi attentif de cet agent, on n'obtient pas cette insensibilité complète. Ce fait résulte sans doute de ce que la pâte arsenicale n'agit pas dans les parties les plus profondes de la pulpe, et de ce que, par suite d'une eschare formée à la surface, comme Scheff et Paschkis le signalent, une pénétration plus profonde des phénomènes dans les vaisseaux de la pulpe se trouve empêchée. Dans ce cas une pulpe peut conserver sa sensibilité en grande partie jusqu'à l'extraction et l'opération elle-même est accompagnée de douleurs violentes. La circulation dans une petite zone de la pulpe peut alors persister ou bien les terminaisons nerveuses conservent leur sensibilité plus longtemps en cas de suppression éventuelle de la circulation ; toutefois cette dernière hypothèse nous semble à peine pouvoir être admise d'après les expériences physiologiques faites jusqu'ici.

Nos recherches terminées, il est venu à notre connaissance une conférence sur l'emploi de l'acide arsénique pour la cautérisation de la pulpe, faite par Detzner dans la Société des médecins-dentistes badois, par laquelle nous voyons que cet auteur s'explique ainsi l'effet de la pâte arsenicale : la vitalité de la pulpe serait supprimée par la formation d'une eschare gangréneuse et l'abolition de la circulation du sang dans les canaux pulpaires avec inflammation hyperémique de la racine pulpaire. Nous n'avons pu observer ce fait dans nos expériences.

(*Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo. — II. De quelques cas d'augmentation numérique des molaires chez les solipèdes et notamment de deux arrière-molaires supplémentaires au côté gauche de la mâchoire supérieure d'un âne.

I. Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo.
MM. Lannelongue et Achard

Au printemps de l'année 1892, une maladie particulière sévissait sur les kanguroos du Muséum ; ces animaux présentaient des abcès des mâchoires, l'alimentation devenait pour eux impossible et ils mouraient dans le marasme. M. le professeur Alph. Milne-Edwards voulut bien nous charger d'étudier la microbiologie de cette affection. Grâce à son obligeance, nous avons pu pratiquer l'autopsie d'un kanguroo femelle, sujet de grande taille, mort dans la nuit du 3 au 4 juin 1894.

Cet animal présentait à la région sous-maxillaire, du côté gauche,

un abcès fluctuant, contenant un pus sanieux, mélangé de grumeaux caséeux et grisâtres ; les ganglions de la chaîne parotidienne étaient tuméfiés et suppurés. En disséquant le foyer purulent, nous trouvâmes le corps de la mâchoire inférieure gauche complètement divisé, un peu en avant du trou mentonnier, en deux fragments baignant dans le pus. Le fragment antérieur, friable, laissait voir à nu la longue racine, elle-même nécrosée, de la grande incisive de ce côté. Le fragment postérieur montrait en avant un séquestre adhérent, parfaitement lisse et dénudé, à bord antérieur net, figurant une ligne avec quelques brisures et tout à fait semblable à un séquestre d'ostéomyélite humaine. En arrière de ce séquestre, le maxillaire formait un petit bourrelet d'hyperostose. Les autres régions et les viscères ne présentaient aucun foyer de suppuration.

Des ensemencements furent faits avec le pus de l'abcès, de l'infiltration œdémateuse et des ganglions, ainsi qu'avec le sang du cœur : des inoculations furent pratiquées dans le péritoine de divers animaux (souris, cobayes, lapins, pigeons) avec le pus et les parois de l'abcès. Les ensemencements faits avec le sang demeurèrent stériles ; les autres donnèrent, en cultures pures et mélangées, un microbe particulier que nous allons décrire ; des cultures pures furent obtenues notamment avec le pus des ganglions. Enfin les animaux inoculés succombèrent en un ou deux jours et le sang puisé dans leur cœur fournit aussi des cultures pures de ce même microbe.

Quel a été le rôle de ce microbe dans la maladie des kanguroos ? Tout d'abord, il est évident que nous ne sommes pas en droit de conclure de nos recherches qu'il ait été l'agent pathogène et spécifique de cette petite épizootie, puisque l'examen microbiologique n'a porté que sur un seul cas. D'autre part, il y avait dans le foyer purulent, chez l'animal examiné, des microbes nombreux, puisque ce foyer communiquait avec la bouche. On peut toutefois accepter comme vraisemblable que ce microbe a joué un rôle important dans le développement de l'ostéomyélite du maxillaire, étant donné qu'il était pyogène, qu'il se trouvait dans le pus du foyer, qu'il se trouvait même à l'état de pureté au voisinage du foyer principal, dans les ganglions. Il est très probable encore, vu l'absence de toute lésion viscérale, qu'il avait pénétré dans l'os non par la voie sanguine, mais par la voie buccale et sans doute par l'intermédiaire du tissu lâche qui unit à l'alvéole la longue racine de l'incisive dont l'extrémité nécrosée plongeait dans le foyer ostéomyélitique. C'est aussi, d'ailleurs, d'une origine dentaire que semblent procéder, dans la pathologie humaine, la plupart des ostéomyélites de la mâchoire inférieure.

II. De quelques cas d'augmentation numérique des molaires chez les solipèdes, et notamment de deux arrière-molaires supplémentaires au côté gauche de la machoire supérieure d'un ane.

Par M. Ch. Morot, vétérinaire municipal à Troyes.

M. Morot. — Les molaires surnuméraires ne sont pas considérées comme fréquentes chez les équidés. Peut-être cette rareté est-elle plus apparente que réelle et tient-elle à ce que l'examen du fond de la bouche est loin d'être d'un usage courant. Jusqu'à présent on n'a signalé que des faits où l'anomalie d'une rangée molaire par augmentation numérique n'était constituée que par une seule dent. C'est pourquoi je désire faire connaître le cas suivant, où une rangée molaire supérieure comprenait huit dents.

En juillet 1894, sur un âne entier âgé d'une quinzaine d'années, sacrifié pour la boucherie, j'ai constaté que la partie gauche de la mâchoire supérieure était pourvue de huit molaires. Les six premières de ces dents normales et régulièrement placées présentaient divers degrés d'usure et pesaient respectivement, à partir de la première, 49 grammes, 41 gr., 47 gr., 42 gr., 43 gr. et 39 gr. La 7e molaire et la 8e étaient situées en arrière de la 6e molaire ; elles se trouvaient juxtaposées, l'une externe du poids de 36 gr. et l'autre interne, beaucoup moins épaisse, du poids de 23 gr. La dent supplémentaire externe répondait par sa face antérieure à la partie postéro-externe de la 6e molaire taillée en biseau, en ce point, aux dépens de sa face externe et de sa face postérieure. La table de l'arcade molaire supérieure gauche était un peu plus longue que celle de l'arcade inférieure correspondante. La première molaire du haut dépassait la première molaire du bas d'environ 1 centimètre, et avait sa table usée irrégulièrement, en biseau, d'arrière en avant et de haut en bas. Les deux dents surnuméraires répondaient assez exactement et assez régulièrement à la table à peu près plane de la 6e molaire inférieure, par deux tables taillées en biseaux convergents et constituant ensemble une excavation en forme de dessous de toit.

Arrière-molaire supérieure gauche surnuméraire chez une jument de dix-huit à vingt ans. Cette 7e molaire pesait 69 grammes, tandis que la 6e et la 5e molaire de la même rangée pesaient respectivement 61 et 62 gr. Usée normalement, elle était moins large et moins épaisse, mais un peu plus longue que la 6e molaire et implantée profondément dans son alvéole.

Arrière-molaire supérieure gauche surnuméraire chez un âne d'une vingtaine d'années. Cette 7e molaire, du poids de 44 grammes et d'une longueur de moins de 6 centimètres, offrait une racine unique, tandis que la 6e molaire, du poids de 49 grammes et d'une longueur de 7 centimètres, avait une racine à quatre branches, dont deux bien distinctes. Elle était déviée d'environ 1 centimètre en dedans de la rangée dentaire, de sorte que sa face antérieure n'était que partiellement contiguë à la face postérieure de la 6e molaire ; sa table était taillée en biseau antéro-postérieur.

(*Recueil de médecine vétérinaire.*)

NÉCROLOGIE

PRENGRUEBER

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Prengrueber, professeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, rédacteur en chef du *Bulletin médical.*

Après un travail obstiné et commencé assez tard, M. Prengrueber était arrivé au poste envié de chirurgien des hôpitaux.

Pendant nombre d'années Prengrueber s'était astreint à des efforts en quelque sorte surhumains pour atteindre une situation prépondérante dans le corps médical : menant de front l'enseignement, le journalisme et l'exténuante préparation au concours de chirurgien des hôpitaux.

Il avait atteint enfin le but, mais fourbu, épuisé ; une maladie incurable s'empare de lui et cet esprit distingué, ce praticien habile succombe sans avoir récolté les fruits du labeur acharné auquel il s'était astreint.

Nous nous souvenons des brillantes leçons qu'il fit pendant plusieurs années à l'Ecole dentaire de Paris comme professeur d'anatomie, et des sympathies qu'il n'a cessé de témoigner à notre institution. Aussi envoyons-nous à sa veuve nos sincères condoléances.

BEAUREGARD

La mort a également frappé un de nos confrères estimés, M. Beauregard, décédé dans sa 44e année.

Membre fondateur du Cercle des dentistes, l'un des premiers souscripteurs de l'Ecole dentaire de Paris, Beauregard n'avait que des sympathies parmi nous et c'est avec un pénible étonnement que nous avons appris la disparition de cet excellent homme.

NOUVELLES

Le Bureau central du Congrès national de 1896 s'est constitué ainsi :

Président : Dr Sauvez.
Secrétaire général : Choquet.
Trésorier : Ducournau.
Secrétaire : Loup.
Conseillers : F. Jean. Lemerle.

CONSTITUTION DE L'ASSOCIATION DES DENTISTES DU RHÔNE ET DES DÉPARTEMENTS LIMITROPHES

Nous apprenons avec plaisir la constitution définitive de l'Association des dentistes du Rhône et des départements limitrophes.

Il a été nommé une Commission pour élaborer les statuts, composée de

MM. Dr Martin.
Dr Paillasson.
Dr Quintero.
Dr G. Guillot.
C. Guillot.
Durand.
Gilbert.

NOMINATION DE DENTISTE DES HÔPITAUX.

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination de notre collègue M. le Dr Sauvez comme dentiste des hôpitaux.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Prix Barbier. Nous relevons parmi les lauréats :

M. le Dr Gaillard, pour ses appareils pour l'aurification. Une somme de deux cents francs à titre d'encouragement.

LE BARBIER DU STRAND

Paul Baron, coiffeur, 164 et 47, Strand, Londres, et William Browett, un de ses garçons, avaient pour habitude depuis longtemps, quand ils rasaient leurs clients ou leur coupaient les cheveux, de les engager à nettoyer leurs dents et, après l'opération, de leur demander un prix exorbitant. Malgré l'admission de circonstances atténuantes, Baron a été condamné à 15 mois de prison et Browett à 12 de la même peine.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

RAPPORT DE M. FRANCIS JEAN,

Secrétaire général

(*Assemblée générale du* 3 *décembre* 1895)

Le rapport que j'ai eu l'honneur de présenter le 7 courant, à notre séance de réouverture des cours, signalait la prospérité de notre institution, ainsi que l'importance des nombreuses modifications apportées à nos règlements scolaires. Il vous a exposé dans son ensemble la gestion de l'année écoulée, de sorte que je n'ai aujourd'hui qu'à y ajouter quelques détails.

Au début de cette année, le Conseil a voté au bureau sortant des

félicitations pour les résultats acquis, en engageant le nouveau bureau à persévérer dans la même voie pour soutenir nos intérêts vis-à-vis des pouvoirs publics sous la dépendance desquels nous sommes à présent placés dans une certaine mesure.

Parmi les réformes apportées à nos règlements scolaires, il convient de mentionner la création du cours préparatoire à la clinique, décidée le 28 décembre dernier. Il était anormal, en effet, que, dès leur entrée à l'Ecole dentaire, des jeunes gens absolument étrangers à notre art pussent soigner des malades sans avoir de notions préliminaires exactes sur la clinique et la dentisterie opératoire. La conséquence de cette modification, c'est que des malades ne sont confiés qu'à l'élève qui a subi certaines épreuves établissant qu'il connaît, pour ce qui concerne les opérations exigées des élèves de première année, la nature et l'usage des médicaments, les matières obturatrices et les différents instruments et appareils destinés à exécuter ces opérations. Le résultat de cette nouvelle organisation fut l'objet d'un rapport que nous présentâmes au Conseil d'Administration.

Le 29 janvier de cette année, il fut décidé : 1° que les cours de dissection auraient lieu à Clamart ; 2° que le carnet d'opérations des élèves serait modifié en ce sens que ceux-ci auraient l'obligation de noter et d'expliquer sommairement chacune des opérations faites par eux et visées par le professeur ou le démonstrateur. Cela implique pour les étudiants l'ordre dans le travail, en facilitant et précisant les observations des cas traités.

Le 19 février, il était décidé : 1° que, pour se conformer au décret ministériel, il serait créé un laboratoire de bactériologie et d'histologie ; 2° qu'il serait organisé une deuxième salle de clinique ; 3° que le cours de thérapeutique et de matière médicale aurait lieu toute l'année.

En fait de scolarité, la dernière a dû être raccourcie et prendre fin avant le mois de juillet, les examens aussi durent être avancés à cause des sessions de la Faculté. Mais les choses vont reprendre leur cours normal, une décision du Ministère de l'Instruction publique nous ayant fait connaître que la Faculté tiendra dorénavant deux sessions régulières, l'une en juillet, l'autre en novembre.

Les adjonctions au programme et les changements divers au cours de l'année scolaire avaient un peu inquiété nos élèves et quelques-uns d'entre eux ont formulé des réclamations. Votre Administration a dû donner aux uns des explications et appliquer aux autres des peines disciplinaires, en petit nombre, il est vrai, mais, par la suite, les choses ont bien vite repris leur régularité.

Il est bon de vous signaler qu'une affaire disciplinaire ayant été portée en septembre dernier par l'intéressé devant l'Académie de Paris, il en est résulté pour nous la reconnaissance pleine et entière de nos droits et de notre liberté intérieure.

Une inquiétude, bien légitime d'ailleurs, de nos élèves est maintenant complètement dissipée grâce à une décision du 26 novembre 1895 de M. le Ministre de l'Instruction publique « autorisant

« les élèves qui ont pris au début de l'année scolaire 1894-95 des ins-
« criptions dans les écoles dentaires, sans être pourvus d'un des
« titres énumérés à l'article 2 du décret du 25 juillet 1893, à se pré-
« senter aux examens pour le grade de chirurgien-dentiste après
« l'accomplissement de leurs trois années d'études, à la condition de
« justifier de l'un de ces titres au moment de subir lesdits examens ».

A ce propos, rappelons que l'Ecole avait organisé pour la préparation au certificat exigé des étudiants dentistes, des cours qui ont donné d'excellents résultats. Ces cours ont été de nouveau ouverts cette année le 18 novembre, soit près de deux mois plus tôt que l'année dernière. Notre Ecole est actuellement le seul établissement qui possède une organisation spéciale pour cette préparation.

Le 9 avril, sur l'avis du Conseil d'Administration, nous présentâmes un rapport sur les deux premières sessions de la Faculté en exprimant nos desiderata ; ce rapport a reçu l'approbation du Conseil.

Actuellement, une session est ouverte et les candidats ont subi le premier examen dont le résultat est celui-ci :

Sur 20 candidats, diplômés ou anciens élèves de notre Ecole, 15 ont été admis,

soit une proportion de 75 0/0

et sur 62 candidats étrangers à notre Ecole, 36 ont été admis,

soit une proportion de 58 0/0.

Afin d'encourager la prothèse, votre Conseil a décidé que des examens seraient subis chaque année par des apprentis mécaniciens au terme de leurs trois années de stage, et que, suivant les résultats de ces examens, des certificats de mécanicien-dentiste seraient délivrés par l'Ecole.

L'innovation du 25 juin 1895 admettant des étudiants libres aux cours de l'Ecole, par périodes de trois mois, aura également, nous l'espérons, votre approbation, ainsi que la création de deux postes d'interne pour suppléer, notamment pendant les vacances, à l'insuffisance du nombre des élèves par rapport au nombre des malades.

Avant de terminer l'énumération de nos travaux, laissez-moi vous dire un mot au sujet du nombre de nos élèves.

D'après une décision ministérielle récente et qui n'a été connue que dans les premiers jours de novembre, nos registres d'inscriptions pour les élèves réguliers qui postulent le diplôme d'Etat ont dû être clos irrévocablement le 15 du même mois. Bien que cette décision n'ait, pour ainsi dire, pas été connue du public scolaire en temps utile, nous n'en avons pas moins la satisfaction de vous annoncer que le nombre de nos élèves de toutes catégories est de 96, répartis en trois années. Ce nombre est identique à celui que nous vous annoncions l'année dernière à pareille époque.

Comme nous recevons encore tous les jours des demandes d'admission, ce chiffre sera certainement dépassé : 1° si la date de clôture est reportée au 30 novembre, comme nous l'avons demandé pour les élèves réguliers ; 2° par de nouvelles admissions d'élèves réguliers transitoires et d'élèves ne postulant pas le diplôme d'Etat,

deux catégories d'étudiants qui ne relèvent strictement que de nos règlements.

En terminant, permettez-moi de vous rappeler les récompenses obtenues par quelques-uns d'entre nous, notamment les nominations de M. Lecaudey au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de M. le Dr Isch-Wall, de MM. Lemerle et Levadour comme officiers d'Académie.

Le succès du Congrès dentaire national de Bordeaux, créé par notre Société d'Odontologie, peut également être cité comme une récompense collective de nos efforts. Le diplôme d'honneur qui nous a été décerné à l'Exposition de cette ville nous donne aussi une vive satisfaction. Dans un autre ordre d'idées, la nomination de M. le Dr Roy comme dentiste des hôpitaux est un excellent encouragement.

Si notre Société reçoit de pareils témoignages d'estime, elle ne manque pas de prouver sa gratitude à ses collaborateurs. Nous ne doutions pas de votre approbation en nommant président honoraire M. Poinsot, qui nous prive de sa collaboration pour raison de santé. MM. le Dr Aubeau et Etchepareborda ont été nommés membres honoraires. Nous avons été heureux de remettre à notre séance d'inauguration une médaille d'or à M. Blocman et une médaille d'argent à M. de Lemos, deux de nos collaborateurs en activité de service.

Nous devons vous informer que le nombre de nos sociétaires s'est accru cette année de 14 membres, ce qui porte le total général à 429, bien que nous ayons eu à déplorer les décès de MM. Audy et Desgranges.

Somme toute, si la prospérité et la quiétude règnent dans notre groupement, notre caisse, sans être en déficit, a été mise à une rude épreuve ; notre dévoué trésorier, M. d'Argent, va du reste vous le prouver en vous remettant ses comptes.

Je ne retiendrai pas pour ma part votre attention plus longtemps, m'estimant heureux que vous ayez bien voulu me l'accorder et vous en exprimant tous mes remercîments.

RAPPORT DE M. D'ARGENT,

Trésorier.

(*Assemblée générale du* 3 *décembre* 1895)

L'année scolaire 1894-95 a donné des résultats financiers satisfaisants. Les états qui en expriment la situation contiennent cependant des chiffres qui, à première vue, semblent anormaux. D'une part, ils paraissent établir que les excédents annuels, que nous étions heureux d'ajouter à *l'avoir* de notre Société, ont cédé la place, pour cette fois, à un déficit de 3.220 fr. 57 ; d'autre part, malgré ce solde débiteur, nous trouvons notre capital augmenté de 7.492 fr. 58, puisque de 72.956 fr. 25 qu'il était au 1er octobre 1894, il s'élève à 80.448 fr. 83, au 30 septembre 1895. — Ces résultats

peuvent surprendre ; mais ces oppositions de chiffres ne sont évidemment qu'apparentes, et je retiens votre attention pour un instant, afin de vous donner quelques explications à ce sujet.

Quand on examine l'*avoir* du compte de profits et de pertes, on remarque que nos recettes ont été de 55.165 fr. 85, auxquels sont venus s'ajouter 1.058 fr. 40, reliquat de crédits votés en clôture de l'exercice 1893-94 pour le règlement de travaux en cours d'exécution. — Ces 1.058 fr. 40, étant restés sans emploi, ont été ajoutés à nos recettes, ce qui porte celles-ci à un total de 56.224 fr. 25.

Par contre, les dépenses figurées au *débit* du même compte se montent à 59.444 fr. 82, dont il y a lieu de retrancher la somme de 8.499 fr. 59, qui n'a pas été payée et que nous avons fait figurer dans le chiffre de nos dépenses, parce que nous la mettons *en réserve* pour satisfaire à un engagement de remboursement aux diplômés, engagement pris l'année dernière, mais que nous n'avons pas maintenu pour les années suivantes, parce que l'état de nos finances ne justifie pas un tel sacrifice. — C'est afin de mettre en relief l'importance de cette indemnité et de justifier son retrait que j'ai ainsi disposé notre compte débiteur, mettant en évidence le résultat qui en découle.

Ce résultat se traduit par un déficit de 3.220 fr. 57 quoique, en réalité, il y ait *un excédent de recettes de* 5.279 fr. 02, parce que. pendant l'année 1895, nous n'avons encore remboursé que 83 fr. 35 sur les 8.582 fr. 94 dont l'amortissement durera 5 ou 6 ans.

Voilà comment il faut traduire le solde débiteur qui vous est présenté.

En ce qui concerne l'augmentation de capital obtenue en dépit du solde débiteur, qui devrait, au contraire, diminuer notre avoir, en voici l'explication :

Vous avez remarqué que nos biens meubles ont été estimés 10.713 fr. 15 de plus qu'à l'inventaire de l'année dernière, où ils avaient été trop dépréciés. J'ai proposé cette majoration parce que, en réalité, notre matériel possède cette valeur et, qu'en cas d'incendie, il nous faudrait la même somme pour reconstituer notre établissement.

Or la Compagnie d'assurances ne nous indemniserait vraisemblablement que pour l'équivalent du chiffre porté à notre inventaire.

En faisant coïncider ce dernier avec celui qui a été porté sur la police d'assurance, après un sérieux examen de votre commission des locaux, nous pensons avoir agi avec prudence.

En résumé, l'exercice écoulé laisse un excédent de recettes de 5.279 fr. 02.

Nos recettes ont dépassé de 7.224 fr. 25 le chiffre prévu dans notre projet de budget, et nos dépenses, comparées à celles qui étaient prévues, se sont trouvées supérieures de 5.495 fr. 23.

Conformément aux articles 69 et 71 de notre règlement intérieur, j'ai l'honneur de vous informer que les membres suivants doivent être considérés comme démissionnaires, pour refus ou défaut de paiement de leurs cotisations :

MM. Defranc, Fanton-Touvet (d'Orléans), de Flaugergues (fils), Girard, Neveu, Péclet, Sardin, Aguilar, Dr Buisseret, Casanovas Francia, Gardemal, Guilbied, Séqueira da Silva.

Nos fonds disponibles au 30 septembre 1895 s'élèvent à la somme de 53.294 fr. 27 ainsi détaillés :

En caisse	821 fr.	00
Au Crédit industriel et commercial	29.940	45
Effets à recevoir (en portefeuille)	332	00
Avances sur loyer et gaz	4.356	10
Subventions et bourses à recevoir	1.225	00
Prix Lecaudey	1.000	00
Placement en obligations communales 79	4.508	00
Fonds de réserve	11.111	72
Total	53.294	27
Contre le chiffre du précédent inventaire	52.134	02
Soit une augmentation de francs	1.160	07

Nous avons étendu notre enseignement autant qu'il était en notre pouvoir : c'est pourquoi nos dépenses ont atteint leur maximum. Pour maintenir cet enseignement, le chiffre de 49.000 fr. ne nous paraît pas susceptible de diminution. Il faut donc examiner si nos ressources peuvent y suffire. Notre projet de budget répond à cette question par l'affirmative ; mais le trop juste équilibre de sa balance nous prescrit une surveillance constante de nos dépenses et une grande circonspection pour toute augmentation. C'est pour ce motif aussi que nous avons sollicité un subside du Gouvernement.

Au nom du Conseil d'Administration, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir ratifier ces comptes, ainsi que le projet de budget suivant pour l'exercice 1895-96.

PROJET DE BUDGET POUR 1895-96.

DÉPENSES	DOIT	RECETTES	AVOIR
Frais généraux	2.600	Cotisations à recevoir	4.000
Appointements aux employés	11.500	Total des inscriptions des élèves	40.000
Indemnités aux professeurs	12.500	Bibliothèque (Versements des élèves)	600
Cours et pharmacie (Frais de)	3.500	Dépôt : portion du dépôt attribuée à l'entretien du matériel	1.500
Séance de réouverture des Cours (1895-96)	1.000	Troncs	10
Loyer, impôts et assurances	8.350	Aurifications	100
Publications et impressions	2.000	Intérêts sur placements	600
Frais de bureau	100	Souscriptions	500
Blanchissage	600	Subventions et bourses	2.200
Eclairage	1.300	Total	49.510
Chauffage	750		
Entretien et réparations	1.750		
Eau	120		
Compte de remboursement	1.000		
A l'Association Générale	950		
A l'Odontologie	100		
Imprévu	1.000		
Total	49.120		

Assemblée générale annuelle du 3 décembre 1895.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

42 membres sont présents.

Le procès-verbal précédemment publié (Nº de février), ne donnant lieu à aucune observation, est mis aux voix et adopté.

M. *Francis Jean* donne lecture de lettres de MM. Barrié, Martinier et Prével. Ces trois membres déclarent ne pas être candidats pour le renouvellement partiel des membres du Conseil d'administration.

M. Francis Jean donne lecture de son rapport.

M. d'Argent, trésorier, donne également lecture de son rapport.

M. Godon. — Je crois être l'interprète de l'assemblée en remerciant notre secrétaire général et notre trésorier de leurs excellents rapports.

Ces deux rapports sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. Godon. — Je demande un vote spécial pour le projet de budget de 1896.

Ce projet de budget est mis aux voix et adopté.

M. Godon donne lecture, au nom du bureau, d'une déclaration dans laquelle il constate que la politique suivie depuis deux ans par le Conseil d'Administration a conduit à la solution actuellement adoptée pour les Ecoles dentaires. Cette solution, combattue à cette époque par quelques membres, a permis d'assurer l'existence de notre Ecole, tout en lui conservant son indépendance et son organisation. Le nouveau conseil aura pour mission d'assurer le maintien des résultats obtenus.

M. Francis Jean. — En disant que l'administration de l'Ecole a été changée dans le but de voir prendre celle-ci par la Faculté, à laquelle elle aurait été rattachée par un lien, M. Godon me semble s'écarter un peu de ce qui a eu réellement lieu.

M. Godon. — M. F. Jean ne me paraît pas avoir bien entendu ou compris la déclaration que je viens de lire. Le bureau s'est préoccupé de l'utilité de vous faire une déclaration et a estimé celle-ci nécessaire. Quand je dis que quelques-uns de nos administrateurs ont cru que l'Administration rattacherait nos écoles à la Faculté, je rappelle un fait. Je ne parle pas de *tous* les administrateurs que nous avons eus pendant deux ans, mais seulement d'un petit nombre, pour qui c'était la solution rêvée.

M. Francis Jean. — Il y avait, en effet, deux solutions : la liberté et la réglementation.

M. *Godon.* — La réglementation n'était plus en cause à cette époque ; elle était faite. Quand la loi de 1892 a été promulguée, il y avait deux solutions. — J'insiste sur ce point parce qu'il est très important, parce qu'il faut que l'assemblée soit bien pénétrée de la situation qui nous est faite. — La Société avait fonctionné librement 15 ans ; dans quelles conditions allait-elle continuer à le faire après cette promulgation ? Il y avait, dis-je, deux solutions : ou bien le Gouvernement allait prendre les écoles dentaires et les rattacher à la Faculté — ce qui était la solution espérée par quelques membres ; ou bien, comme d'autres le pensaient, ce rattachement n'aurait pas lieu, parce qu'à la Faculté on ne peut rattacher que des écoles constituées sur le modèle universitaire.

Comme ce rattachement a été reconnu impossible de divers côtés, votre Conseil de direction, c'est-à-dire celui que vous avez nommé il y a deux ans, a choisi la seule solution acceptable, c'est-à-dire le développement de l'autonomie de l'école, et il a administré dans cette voie.

Aujourd'hui cette solution que nous croyions la meilleure a été adoptée et consacrée par le décret du 31 décembre 1894.

A la séance de réouverture nous exprimions, il est vrai, quelques craintes à cet égard ; mais, il y a deux jours, tandis que, M. Viau et moi, nous allions trouver le Président du Conseil pour lui remettre une médaille commémorative de cette séance et le remercier d'en avoir accepté la présidence, et que nous profitions de cette entrevue pour lui faire part de ces craintes et lui demander de ratifier la solution actuelle, M. Bourgeois nous a affirmé que cette solution, dont il s'est déclaré partisan convaincu, lui semblait assurée pour longtemps, qu'elle avait son appui et il nous a promis d'en parler, au Conseil des Ministres, à son collègue de l'Instruction publique, M. Combes.

Il ne reste donc au Conseil d'administration qui va nous succéder qu'à continuer notre œuvre.

M. *Viau*. — J'ai applaudi un des premiers la déclaration de M. Godon ; je crois bon de revenir sur ce que disait M. Francis Jean tout à l'heure. Il y a deux ans, nous avions pensé que l'absorption de l'institution par l'Administration était une chose néfaste ; mais quelques-uns d'entre nous pensaient différemment.

M. *Godon*. — Cette idée a persisté encore l'an dernier. Des présidents de séance avaient cru tout perdu parce que le rattachement semblait impossible. Cependant depuis nous avons fonctionné régulièrement comme les autres établissements d'enseignement supérieur, tout en restant en rapports constants avec l'administration officielle.

M. *Dubois*. — Je suis très heureux des déclarations de M. le Président et je voudrais que les membres du Conseil partisans de la solution qui n'a pas prévalu, s'il y en a, la soutinssent et montrassent les inconvénients d'une école libre. Nous avons été pendant deux ans à un tournant de notre histoire professionnelle et il était difficile pour ceux que vous avez chargés de vos intérêts de savoir s'ils devaient aller à droite ou à gauche, et leur responsabilité était grande.

Ils avaient à sauvegarder l'œuvre de cette génération : l'enseignement libre de notre art. Il faut croire qu'ils ont pris le bon chemin puisqu'on ne conteste plus aujourd'hui la valeur et la nécessité de cette forme d'enseignement.

On a dit de la République qu'elle serait ce que la France voudrait. On peut appliquer semblable prédiction à nos petites affaires et dire que, grâce à la politique qui a prévalu parmi nous, l'enseignement de l'art dentaire sera ce que les dentistes voudront.

Il est véritablement étonnant qu'une entreprise comme la nôtre, qui a un budget de 50.000 francs, qui nécessite un personnel enseignant de cinquante à soixante membres, puisse fonctionner avec quelques hommes de bonne volonté, toujours les mêmes. Et on ne peut que remercier les membres présents qui ont fait ce soir acte de solidarité en venant prendre part à cette séance.

Nous sommes des hommes de libre discussion, nous comprenons toutes les contradictions et nous souhaiterions que les membres de la Société qui ont une opinion différente de la nôtre vinssent développer ici les arguments qui militent en faveur de leurs idées. Certes, nous nous inclinerions devant un vote qui leur donnerait raison, mais avec votre approbation nous persisterons dans la même direction.

En 1880, l'Ecole fut fondée ; de 1893 à 1895 elle a été définitivement affermie par la politique qui a prévalu.

Cette politique libérale et indépendante a pu avoir pour résultat immédiat de soulever quelque hostilité. A cette hostilité passagère, la

tolérance, puis la sympathie succéderont, car on reconnaît que nous ne sommes guidés que par des raisons d'intérêt général. Nous avons donc fait œuvre durable. C'est pour cela que je dépose l'ordre du jour suivant :

« L'assemblée générale de la Société civile de l'Ecole et du dispen-
« saire dentaires de Paris, approuvant la politique du Conseil sortant,
« qui a obtenu le maintien de l'indépendance de l'enseignement den-
« taire en France, passe à l'ordre du jour. »

M. *Godon*. — Je remercie M. Dubois d'avoir soulevé cette question. Il est bon, en effet, que votre Conseil sache s'il marche d'accord avec les idées des membres de la Société, ou du moins de la majorité. Si de nouveaux membres entrent au Conseil, il faut qu'ils connaissent quelle voie ils doivent suivre. Nous sommes, pour ainsi dire, une réunion de membres de la même famille et il ne faut entre nous aucun malentendu. Comme nous ne tenons par an qu'une assemblée générale, pour ne pas abuser de vos instants, il faut que vos nouveaux mandataires puissent bien s'orienter.

L'ordre du jour de M. Dubois est mis aux voix et adopté.

M. *Godon*. — Nous allons procéder aux élections pour le renouvellement partiel des membres du Conseil d'administration. Vous avez dix membres à élire pour remplacer les dix membres sortants, qui sont : MM. Barrié, Bioux, d'Argent, Frey, Gravollet, Martinier, Prével, Poinsot, Sauvez et Viau.

M. Poinsot, qui était démissionnaire de l'année dernière, n'a pu revenir sur sa démission.

M. *Viau*. — M. Poinsot, ayant vu son nom parmi les membres sortants, m'a chargé de vous dire qu'il n'est pas candidat ; il ne peut pas l'être, d'ailleurs, puisqu'il est président honoraire.

M. *Godon*. — Je vous rappelle que MM. Barrié, Martinier et Prével ont déclaré ne pas être candidats. Je comprendrais cette décision pour des membres âgés, mais je ne me l'explique guère pour des membres jeunes.

M. Frey m'a prié de vous dire qu'il ne pose pas non plus sa candidature.

M. *d'Argent*. — Je regrette que deux membres actifs comme MM. Martinier et Prével se retirent sans autre raison que des occupations personnelles. J'en ai, pour ma part, plus qu'il ne faut, ce qui ne m'a pas empêché d'accepter les fonctions de trésorier, fonctions que je garderai encore un an pour donner l'exemple.

Certes, M. Martinier a beaucoup travaillé ; il est président de la commission scolaire, président de la commission des examens et, seul, il a suffi à une grande besogne. Aussi vais-je vous demander des félicitations pour lui et une manifestation pour lui confier à nouveau un mandat. Puisqu'il mérite notre confiance et que nous la lui donnons, il faut qu'à son tour il nous en remercie en l'acceptant.

Je dirai la même chose pour M. Prével. Nos dépenses ont besoin d'une surveillance très sévère et M. Prével a précisément le talent nécessaire pour cela ; il a cet *œil du maître* dont parle le fabuliste, qui nous rend son concours très précieux, surtout à présent que nos finances exigent beaucoup de prudence dans leur maniement. Je demande donc la même manifestation pour lui.

M. *Godon*.— J'aurais précisément dit ce que M. d'Argent vient de si bien vous dire si je n'avais craint d'être accusé de pression. Les fonctions de M. Martinier ont été très lourdes, très fatigantes ; celles de notre trésorier et de notre secrétaire général l'ont été aussi. Il convient donc de remercier ces trois membres.

La séance est suspendue à 10 heures.

Il est procédé au scrutin.

La séance est reprise à onze heures.

M. *Godon.* — Voici les résultats du scrutin :

Nombre des votants : 40.

Majorité absolue : 21.

Ont obtenu :

MM. d'Argent	38 voix	MM. Gravollet	8 voix
Prével	37 »	Barrié	7 »
Viau	35 »	Claser	2 »
Bioux	34 »	Rollin	1 »
Martinier	33 »	Faloy	1 »
Choquet	33 »	Legret	1 »
Sauvez	32 »	Poinsot	1 »
Ronnet	30 »	Bonnard	1 »
Papot	29 »	Billebaut	1 »
Stévenin	16 »	Quincerot	1 »
Jeay	14 »	Touchard	1 »
Meng	12 »	Duchesne	1 »
Frey	12 »	d'Almen	1 »
Jacowsky	8 »		

M. *Godon.* — En conséquence de ces votes, MM. d'Argent, Prével, Viau, Bioux, Martinier, Choquet, Sauvez, Ronnet et Papot sont élus membres du Conseil d'administration pour deux ans. Il y a lieu de procéder à un nouveau scrutin pour l'élection d'un 10e membre, la majorité absolue n'ayant été atteinte par aucun des autres noms.

M. *Ronnet.* — Je vous remercie des voix que vous avez bien voulu me donner ; mais, à mon très grand regret, je ne puis pas les accepter.

M. *Jacowsky* remercie également des suffrages qui se sont réunis sur son nom, mais ne saurait les accepter.

M. *Dubois.* — M. Ronnet a été longtemps membre du Conseil, il peut être un excellent conseiller. Si nous ne constituons pas le Conseil avec des membres ayant de l'expérience, la tâche devient très difficile ! Il faut que les hommes de bonne volonté nous aident. Nous avons appris que le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ne pouvait être, l'année qui vient, présidé par M. Ronnet, et nous en avons profité pour l'appeler parmi nous, où il a été pendant 12 ans.

M. *Ronnet.* — C'est précisément parce que j'ai été au Conseil pendant 12 ans que je ne puis accepter d'y rentrer. J'avance en âge, je suis un peu fatigué, je ne serais pas assez assidu et je n'admets pas que, quand on accepte un mandat, on ne le remplisse pas avec assiduité. Je regrette bien vivement de vous refuser, mais je ne puis véritablement pas faire autrement.

M. *Godon.* — M. Ronnet persistant dans son refus, vous avez deux membres à élire. Mais nous pourrions conserver à M. Ronnet son entrée au Conseil, en le nommant membre honoraire : ce serait un moyen de tenir compte à l'assemblée de ses suffrages et de remercier, en même temps, M. Ronnet de ses services passés.

La proposition de M. Godon est mise aux voix et adoptée.

M. Ronnet remercie.

Le scrutin est ouvert. Il est procédé à l'élection qui donne les résults suivants :

Nombre des votants : 39.

Ont obtenu :

MM. Stévenin	29	voix	MM. Barrié	3	voix
Jeay	18	»	Choquet	1	»
Rollin	13	»	Boulleret	1	»
Frey	5	»	Legros	1	»
Meng	4	»	Claser	1	»

M. Godon. — En conséquence de ces votes, MM. Stévenin et Jeay sont élus membres du Conseil d'administration pour deux ans.

La séance est levée à 11 heures 10.

Le secrétaire-adjoint,
Dr M. Roy.

Le secrétaire général,
F. Jean.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

PROGRAMME DES CONCOURS POUR LES NOMINATIONS : 1° D'UN CHEF DE CLINIQUE ; 2° DE DEUX CHEFS DE CLINIQUE DE PROTHÈSE.

I. — Concours.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a décidé l'ouverture de deux concours pour les nominations d'un chef de clinique et de deux chefs de clinique de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris. La première séance de ces concours aura lieu le mardi 17 mars, à 8 heures du soir, pour l'examen des titres des candidats ; les séances ultérieures seront fixées par le jury.

II. — Jury.

Le jury sera composé d'un professeur titulaire et de deux professeurs suppléants. Leurs noms seront tirés au sort. Le concours aura lieu en présence du directeur de l'Ecole et d'un délégué du Conseil d'administration.

Les candidats devront avoir satisfait aux différentes obligations établies par le règlement intérieur du 4 décembre 1894.

III. — Epreuves.

1° Epreuve sur titres

Elle sera subie à la première séance, d'après les dossiers remis par le secrétaire général et les explications orales qu'on pourra demander aux candidats. Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 40 points ainsi répartis : 10 pour titres universitaires ; 15 pour travaux scientifiques ; 15 pour titres dentaires, postes de démonstrateur, préparateur, occupés antérieurement et services rendus à l'Ecole ou à la profession.

2° Epreuve clinique

A) Poste de chef de clinique. — Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 20 points. Elle consiste dans l'examen d'un malade, une explication clinique de l'affection et du traitement indiqué. Elle se

termine par une opération d'urgence exécutée sur le malade examiné ou sur tout autre choisi par le jury.

B) Poste de chef de clinique de prothèse. — Cette épreuve consiste dans l'examen de la bouche d'un sujet, une explication de l'appareil prothétique combiné de manière à remédier efficacement aux défectuosités existantes, avec indication du traitement préparatoire de la bouche. Elle se termine par une opération d'urgence exécutée sur le sujet examiné ou sur tout autre choisi par le jury.

3° Epreuve écrite

Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 30 points. Elle consiste dans la rédaction d'une dissertation faite en moins de deux heures et sans s'aider de livres ou de notes. Une dissertation sera tirée au sort et traitée par les candidats entre 8 questions communiquées huit jours à l'avance aux candidats. Elle sera lue devant le jury qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

Les points obtenus pour chaque épreuve sont communiqués aux candidats après chacune d'elles. Sauf l'épreuve sur titres, toutes les autres sont publiques. Le minimum est fixé à 60 points. Ce chiffre obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Il n'est pas dérogé aux conditions établies dans le règlement intérieur du 4 décembre 1894, en ce qui concerne la nomination, les fonctions et les droits des membres du corps enseignant.

Les candidats au poste de chef de clinique devront prendre l'engagement par écrit, avant la première séance du concours, de remplir assidument leurs fonctions le jour fixé par le Conseil d'administration. Si cet engagement n'était pas rempli, la radiation serait demandée au Conseil d'administration.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ❂, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
M. Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
E. Bonnard.
J. Choquet.
P. Dubois.
Francis Jean ✿
Legret.
Loup.
Papot.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ❂. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **A. Ronnet.** — **Wiesner** ✵ ❂.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ❂, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, ❂, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ❂, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ❂, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ❂, Dr en médecine.
P. Poinsot, ❂, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ❂, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ❂, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ❂. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG ❂, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, JOSEF — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les sallesqui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage dela bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Rollin.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✻, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

16e ANNÉE. FÉVRIER 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. No 2.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA GANGRÈNE NÉVROPATHIQUE DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. MENDEL JOSEPH,
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris, Séance du 3 décembre 1895.

Il y a dans le chapitre consacré aux lésions de la pulpe dentaire une page blanche à remplir. Depuis longtemps elle sollicite l'attention du monde professionnel et il est vraiment singulier de voir les esprits subtils, les observateurs sagaces, demeurer indifférents en face des faits qui s'imposent.

Cette page que nous sommes heureux d'effleurer, c'est l'absence presque complète de données ayant trait à la question de la mortification spontanée de la pulpe dentaire et en particulier de la gangrène névropathique de cet organe.

On ne peut s'interdire de se demander comment, après de si nombreux travaux consacrés à la gangrène spontanée, et surtout après l'intéressante contribution de Zambaco [1] « Sur la gangrène spontanée produite par la perturbation nerveuse », la remarquable thèse de Maurice Raynaud [2] « Sur l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités », celle de M. de Viville [3] « Contribution à l'étude des gangrènes des pieds d'origine nerveuse », enfin les intéressantes leçons du professeur Lancereaux [4] « Sur les trophonévroses des extrémités... », comment, dis-je, les membres les plus éclairés de notre profession ont pu méconnaître la nature réelle des faits cliniques qu'ils avaient assurément plus d'une fois observés.

Abstraction faite de l'observation rapportée par M. Poinsot [5], cité par M. Godon [6] dans ses leçons cliniques sur les maladies de la pulpe,

1. Thèse de Paris, 1857.
2. Thèse de Paris, 1862.
3. Thèse de Paris, 1888.
4. *Semaine médicale*, 1894, p. 261.
5. *Odontologie*, 1886.
6. *Odontologie*, 1888.

nous n'avons pu recueillir ni dans les ouvrages classiques, ni dans les publications périodiques parues en France et à l'étranger, de données précises touchant la question qui nous occupe.

La communication de M. Poinsot demeure, en vérité, le seul document intéressant. Elle exprime nettement, et pour la première fois, l'idée de la mortification spontanée de la pulpe dentaire. Le fait clinique que l'auteur présente correspond par sa nature et sa symptomatologie aux cas que j'ai moi-même observés, à savoir : des désordres alvéolaires et gingivaux secondaires, consécutifs à la gangrène spontanée de la papille dentaire. L'auteur, les ayant observés chez un aliéné, s'est cru autorisé à affirmer la nature trophique de ces lésions, d'autant que toutes les autres causes pouvant être incriminées avaient été soigneusement écartées.

C'était une simple constatation d'un clinicien sagace. Le praticien semble avoir voulu se confiner dans son rôle d'observateur attentif. Les affirmations empreintes de laconisme excluent toute tendance doctrinaire ; mais on sent l'auteur pénétré, convaincu de la corrélation existant entre les maladies mentales et celles des organes dentaires, ou mieux de l'influence des premières sur l'évolution de ces derniers.

Nous regrettons vivement que l'auteur se soit borné à nous présenter cette observation isolée et qu'il n'ait pas voulu appuyer sa thèse par une argumentation éloquente de faits nombreux et irrécusables, ce qui, grâce à son puissant don d'observation et les vastes ressources de sa pratique hospitalière et privée, lui eût été particulièrement aisé.

Il est juste de noter que l'auteur n'a fait que signaler en passant cette lésion trophique aboutissant à la nécrose ; il ne rapporte cette observation que pour en arriver à sa haute conception, élevée et digne, d'éthique professionnelle, ainsi qu'en fait preuve le titre de ladite communication « La déontologie dentaire ».

Déclarer que telle lésion, tel désordre doit son existence à des troubles trophiques, sans plus amples déterminations, c'est évidemment demeurer dans le domaine de la généralisation vague, insuffisante pour l'esprit d'analyse que suppose toute spécialisation. Mais du fait constaté de la coexistence des désordres mentionnés et de l'aliénation mentale, il est à présumer que l'auteur considérait la perturbation nerveuse comme condition prédominante, sinon génératrice, de cette manifestation buccale.

Mais quelle est la nature de cette perturbation ? Comment faut-il envisager son mécanisme pathogénique ? Par quelle succession des phénomènes les troubles de l'innervation peuvent-ils engendrer la mortification spontanée de la pulpe ? L'aliénation mentale serait-elle vraiment seule capable de produire de tels accidents ?

Toutes ces questions ont été laissées jusqu'ici dans l'ombre et nous les trouvons entièrement ouvertes à l'heure présente.

Lorsqu'on envisage d'un coup d'œil général la constitution de cet organe fibro-vasculaire et nerveux qui est la pulpe dentaire, sa

physiologie et ses rapports avec la chambre qui la renferme, on ne peut ne pas s'apercevoir de certaines particularités de son organisation. Cette forme de papille pédiculisée, reliée à l'ensemble du système circulatoire par des conduits vasculaires d'une extrême finesse, cette capillarité du canal radiculaire dont la lumière tend à se rétrécir et à s'oblitérer même avec les progrès de l'âge, cette ténuité excessive de l'orifice apical, que nos sondes les plus fines peuvent à peine traverser, tout cet ensemble de conditions anatomiques me paraît ne pas être réuni par un simple jeu du hasard, mais obéir à un objectif physiologique déterminé, qui est de modérer la circulation intradentaire et de s'opposer au travail actif de la résorption veineuse et lymphatique [1].

En fait, l'appareil vasculaire de la pulpe des dents typiques, uniradiculaires, est alimenté par un ramuscule artériel unique, une des branchioles terminales de la maxillaire interne. Cette fine artériole traverse le pertuis apical, longe le canal parfois flexueux de la racine, et, arrivée dans la chambre pulpaire, se divise dichotomiquement en ramifications capillaires, multiples, flexueuses, microscopiques où les éléments figurés du sang circulent péniblement. En raison de leur constitution anhiste, les parois des capillaires sont dépourvues de contractilité propre. La circulation veineuse offre une disposition anatomique analogue: les veinules microscopiques, après avoir parcouru dans tous les sens la trame conjonctive assez lâche de l'organe, finissent par se réunir, constituant une veinule principale qui accompagne l'artère le long du canal radiculaire et assure la circulation de retour. C'est, en quelque sorte, un appareil capillaire autonome, isolé et comme étranglé à la base.

Eh bien, cette organisation particulière réalise, à mon sens, une des conditions heureuses de prévoyance naturelle de notre économie contre l'envahissement de l'élément infectieux.

Si, dans les circonstances présentes, l'infection actinomycotique par le canal dentaire trouve de sérieux partisans, si des réactions appréciables de l'appareil ganglionnaire ont pu être constatées dans des formes banales de pulpites aiguës, on conçoit ce qui serait advenu si la pulpe, au lieu d'être pédiculisée, communiquait à l'aide d'un canal spacieux, par suite plus directement, avec l'ensemble de nos milieux internes. Quelle source intarissable d'infection et quelle facilité de les réaliser! Une simple dénudation pulpaire constituerait un accident grave, parfois funeste, vu la diversité et la nocuité spécifique des espèces bactériennes qui peuvent éventuellement s'introduire dans la cavité buccale ou se cantonner dans les anfractuosités de la carie.

Malheureusement, par un fâcheux retour des choses, ces mêmes conditions anatomiques, auxquelles normalement nous devons une

1. Le Dr Paolo Carreras, dans une étude expérimentale sur « Le pouvoir d'absorption de la pulpe dentaire », confirme les considérations que je viens d'énoncer, à savoir: que la pulpe d'une dent dont le développement est achevé possède un très faible pouvoir d'absorption, ce que l'auteur explique par un développement insuffisant des vaisseaux veineux et lymphatiques.

large part de notre sécurité, deviennent, dans des circonstances morbides, une cause prédisposante de graves inconvénients. Le système vasculaire de la pulpe étant sous la dépendance exclusive de l'unique artériole radiculaire, la moindre perturbation dans les fonctions de cette dernière retentit sur toute la circulation pulpaire. La circulation collatérale étant ici inadmissible, l'oblitération de l'artère radiculaire est fatalement suivie de la mort de l'organe.

Le calibre du vaisseau artériel joue dans la genèse de ces accidents un rôle de la plus haute importance et cette circonstance particulière n'acquiert nulle part une portée plus élevée que dans la pulpe dentaire. Dans aucun organe situé aux confins de l'organisme la circulation n'est plus isolée, plus autonome, plus difficultueuse ; aussi, me semble-t-il, aucun organe ne justifie mieux que la pulpe dentaire le *nom d'organe d'extrémité*.

Ce premier point étant admis — et je crois que l'assimilation des dents aux organes d'extrémité s'impose — il me semble rationnel et légitime d'y rechercher les mêmes conditions étiologiques et pathogéniques qui régissent la pathologie des extrémités en général.

En vérité, il n'est point indispensable d'avoir recours à ce rapprochement pour reconnaître à la pulpe la susceptibilité de se mortifier spontanément. Les faits de gangrène spontanée sont de date si ancienne, de constatation si fréquente que l'on serait plutôt étonné d'apprendre que les dents jouissent à cet égard d'une immunité spéciale. Tout ce qu'il est permis d'admettre à ce sujet, c'est que les accidents pulpaires, lorsqu'ils surviennent au milieu de manifestations gangréneuses multiples, s'effacent comme un détail négligeable dans l'ensemble du tableau symptomatique des troubles trophiques autrement graves.

Chez les vieillards, pour ne citer que cet exemple banal, les forces d'impulsion cardiaque et d'aspiration thoracique (Lancereaux) sont affaiblies, réduites au minimum, les tuniques vasculaires frappées de lésions dégénératives, le liquide sanguin tend à la stase, aux coagulations ; aussi la gangrène spontanée est-elle ici une manifestation fréquente, et si, dans ce cortège symptomatique de déchéance organique, la gangrène pulpaire a pu jusqu'à présent passer inaperçue, c'est que les investigations en ce sens ont été ou insuffisantes ou entièrement négligées.

Il serait erroné de croire que, seules, les perturbations profondes, les déchéances générales ont le pouvoir d'engendrer les mortifications spontanées. Les travaux récents concernant le sujet démontrent que cela n'est guère indispensable. Le seul fait péremptoirement établi, toute question d'étiologie à part, *c'est la tendance évidente et indiscutable que cette forme de gangrène manifeste à frapper les extrémités.*

Loin de moi l'intention d'envisager dans son ensemble la question si compliquée de la gangrène spontanée des extrémités. Cela m'entraînerait dans des développements qui ne sauraient prendre place ici. Je n'aurai donc pas à insister sur les gangrènes angiopathiques tant de fois décrites avec le talent et l'autorité des

maîtres éminents. Je me bornerai simplement à remarquer que, dans notre cas particulier, et j'entends toujours me circonscrire dans la zone professionnelle, il faudrait le concours de circonstances exceptionnelles pour voir une embolie venir obstruer la lumière de la dernière ramification artérielle qui alimente la pulpe dentaire. Les coagulations sanguines sur place méritent d'attirer plus notre attention ; mais, dans la région qui nous préoccupe, leur production me paraît étroitement liée aux troubles de l'innervation vaso-motrice ; il convient pour cette raison de les étudier avec les gangrènes névropathiques de la pulpe dentaire, objet de ma communication.

Comme vous le savez, le système nerveux est le grand moteur, le grand régulateur de l'organisme vivant; il ne préside pas seulement à la sensibilité générale et spéciale, à la motilité et aux facultés mentales, mais encore à toutes les grandes fonctions, et à la plus importante entre toutes, la nutrition. C'est par son intervention que la fibre cardiaque se contracte, que les parois vasculaires éprouvent des mouvements péristaltiques, que le liquide sanguin se répand dans les plus fines divisions capillaires. C'est aussi par lui que s'opèrent les échanges moléculaires, le double mouvement d'assimilation et de désassimilation qui résume le processus de la nutrition. « A l'extrémité capillaire, disait Longet, l'influence nerveuse est incontestablement nécessaire. Là tendent à se confondre le sang et les tissus auxquels il se distribue ; là s'opèrent leur nutrition, les sécrétions, phénomènes qui ne sauraient se faire sans influence nerveuse. En supprimant l'action des filets nerveux, on supprime la nutrition. »

Quelle est la manière d'être, le mécanisme élémentaire de cette influence nerveuse sur l'acte primordial de la nutrition ?

Nos connaissances à ce sujet se bornent à des notions insuffisantes et fort peu précises. Néanmoins cette influence, bien qu'insaisissable dans la nature intime, est d'une réalité incontestable.

En attendant que la découverte de nerfs trophiques vienne éclairer d'un jour nouveau la physiologie de la nutrition, les conceptions de pathologie s'affirment et se complètent, grâce à l'enseignement fourni par l'observation clinique, par les constatations anatomo-pathologiques, par les données expérimentales.

Ici, il importe, avant tout, d'établir une distinction essentielle entre les nerfs de la vie de relation et le système du grand sympathique.

Vous le savez, la paralysie et l'anesthésie sont des phénomènes constants dans les sections expérimentales des filets moteurs et sensitifs. Mais l'interruption de l'influx nerveux ainsi obtenue ne se borne pas uniquement à suspendre les actes de relations. Longet a vu, après la section du nerf sciatique chez des chiens, la patte se couvrir de plaques gangreneuses, perdre ses poils, ses griffes, et le membre éprouver un commencement de dégénérescence graisseuse. Haller avait vu des phénomènes analogues. Brown-Séquard a obtenu chez plusieurs animaux des troubles trophiques multiples, ulcère gangréneux des orteils, nécrose de phalanges à la suite de la section du

sciatique. De semblables désordres ont été notés par M. Lancereaux, dans le troisième volume de son excellent traité d'anatomie pathologique, chez un homme dont le sciatique avait été lésé par un coup de feu, à la région fessière. Romberg rapporte à trois ordres les effets de l'anesthésie cutanée sur la nutrition : 1° diminution de calorification ; 2° inaptitude de la partie affectée à résister aux changements de température ; 3° ralentissement de la circulation artérielle. Claude Bernard a constaté dans la paralysie un abaissement constant de température de 1 à 2 degrés.

Romberg cite plusieurs cas, empruntés à divers auteurs, de sections des nerfs qui ont amené, soit des ulcérations, soit l'apparition de petites vésicules survenant de temps à autre sur les doigts paralysés, soit une desquamation épidermique et la chute des ongles et des poils. Maurice Raynaud rapporte le cas d'un homme porteur au coude d'une cicatrice qui, par sa situation, permettait de croire que la plaie avait intéressé le nerf cubital. Sur tout le parcours de ce nerf apparaissaient de temps à autre des phlyctènes qui se remplissaient de sérosité roussâtre, puis se desséchaient pour reparaître bientôt à peu de distance.

On voit par ces nombreux exemples que les lésions des nerfs qui président à la sensibilité et à la motilité peuvent, dans certaines conditions, engendrer des troubles profonds de nutrition locale. Mais lorsqu'on songe aux nombreuses anastomoses que ces nerfs reçoivent du système sympathique, lorsqu'on tient compte de l'influence dominante de ce système sur l'appareil circulatoire, on ne saurait affirmer, comme le dit M. Raynaud, que les lésions de nutrition, lorsqu'elles surviennent, ne soient pas sous la dépendance du système ganglionnaire.

De même que les muscles de la vie animale sont soumis aux influences du système nerveux cérébro-spinal, de même les muscles de la vie organique demeurent sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire ou du grand sympathique. Les fibres musculaires de la vie organique que l'on trouve dans les vaisseaux ne sont pas soustraites à l'influence de ce nerf.

Stilling donna le nom de nerfs vaso-moteurs aux terminaisons nerveuses situées sur les parois des artères, dont elles assurent le fonctionnement. Mais c'est au grand Claude Bernard qu'appartient l'honneur d'avoir prouvé l'influence primordiale des vaso-moteurs sur la circulation en général.

Vous vous souvenez des deux découvertes capitales de Claude Bernard : en répétant l'expérience de Pourfour de Petit sur la section du grand sympathique au cou, il a reconnu que cette lésion s'accompagnait toujours d'une notable élévation de température dans les parties correspondantes de la tête ; sa galvanisation, au contraire, amenait une constriction des vaisseaux et de l'ischémie. Dans une seconde expérience qui complétait si heureusement la première, il fit voir que les filets du nerf lingual qui se rendent à la glande sous-maxillaire ont une propriété précisément inverse : la galvanisation de ces nerfs déterminerait non plus une constriction,

mais une dilatation vasculaire. Schiff proposa de les appeler nerfs vaso-dilatateurs, par opposition avec les premiers ou nerfs vaso-constricteurs.

Claude Bernard admettait donc de la vaso-dilatation passive due à la paralysie des vaso-constricteurs et la vaso-dilatation active produite par les vaso-dilatateurs.

Le système vasculaire se trouve ainsi placé entre deux influences contraires : la vaso-constriction et la vaso-dilatation, dont l'équilibre est nécessaire à l'entretien de la circulation normale. Le maintien du *tonus vasculaire* implique une excitation permanente des centres nerveux vaso-moteurs.

Quelle est la localisation de ces centres nerveux ? Y-a-t-il dans la moelle un seul ou plusieurs centres nerveux ? Selon Oivsjannikow, le centre vaso-moteur se trouverait dans la partie supérieure de la moelle allongée ; nombre de physiologistes allemands professent la même manière de voir. Vulpian, dans un remarquable travail présenté à l'Académie des Sciences en 1874, a cru pouvoir affirmer, contrairement aux assertions des savants allemands : 1° *qu'on n'est pas en droit d'admettre un centre vaso-moteur unique, siégeant dans le bulbe rachidien ;* 2° *que les nerfs vaso-moteurs ont, comme les nerfs musculo-moteurs de la vie animale, des centres spéciaux d'origine et d'action réflexe, échelonnés dans la substance de la moelle épinière ;* 3° *que chacun de ces centres peut agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles il donne naissance et qu'il peut subir séparément les diverses influences vaso-motrices qui font varier le tonus vasculaire.*

Outre ces centres vaso-moteurs cérébro-spinaux, on admet également des centres vaso-moteurs périphériques. On trouve en effet sur le trajet des nerfs vasculaires des cellules ganglionnaires, et certaines expériences paraissent indiquer que ces cellules peuvent jouer le rôle de centres vaso-moteurs.

Claude Bernard semble avoir pressenti l'idée à laquelle Vulpian devait apporter plus tard les preuves expérimentales : « La pression du système artériel et l'impulsion cardiaque sont, dit-il, les conditions mécaniques communes que la circulation générale dispense à tous les organes. Mais le *système nerveux spécial qui anime chaque système capillaire et chaque tissu organique règle dans chaque partie le cours du sang en rapport avec les états fonctionnels chimiques de ces organes. Les modifications nerveuses de la circulation capillaire se font sur place et sans qu'aucune perturbation circulatoire soit apportée dans les organes voisins et, à plus forte raison, dans la circulation générale.* »

Les centres nerveux vaso-moteurs, tant médullaires que sympathiques, sont susceptibles d'excitation directe et réflexe et peuvent avoir pour point de départ les nerfs sensitifs rachidiens, les nerfs sympathiques, les centres nerveux eux-mêmes (émotions).

L'influence des émotions sur les vaso-moteurs se traduit par des phénomènes auxquels nous assistons tous les jours ; tels sont : l'injection des capillaires des joues chez les personnes qui rougissent, la constriction chez celles qui pâlissent, l'hypersécrétion des glandes

lacrymales par suite d'une impression vive, la suractivité de la sécrétion salivaire par la vue, le souvenir, l'imagination.

L'excitation des nerfs sensitifs produit tantôt un rétrécissement, tantôt une dilatation des petites artères; ce qui complique le phénomène, c'est que l'excitation des nerfs sensitifs peut agir à la fois sur les centres médullaires et sur les sympathiques et que les effets peuvent conséquemment être différents. Souvent cette action des nerfs sensitifs se traduit par un rétrécissement plus ou moins durable, plus ou moins prononcé, auquel succède toujours une phase de dilatation.

L'expérience de Tholosan et Brown-Séquard donne un exemple de contraction vaso-motrice réflexe chez l'homme ; si l'on tient la main dans de l'eau très froide, l'autre main se refroidit au bout de quelque temps.

Enfin l'excitation des nerfs splanchiques du grand sympathique ainsi que du sympathique cervical produit un rétrécissement des artères et une augmentation de pression artérielle.

Des données de physiologie expérimentale qui précèdent je voudrais retenir plus particulièrement deux faits d'importance primordiale, notamment : 1° que les centres vaso-moteurs disséminés dans la moelle et situés à la périphérie peuvent agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles ils donnent naissance, et qu'ils peuvent subir séparément les diverses influences vaso-motrices qui font varier le tonus vasculaire; 2° que les centres nerveux vaso-moteurs peuvent être influencés par des excitants directs, de même que par des excitants réflexes, sensitifs et autres.

Il serait intéressant de savoir si le processus morbide qui nous occupe est d'origine irritative ou paralytique; mais nos connaissances sur l'influence nutritive du système nerveux ne sauraient nous fournir de données précises.

Ce qu'il importe de connaître et sur quoi j'insiste particulièrement, c'est que les modifications morbides de tonus vasculaire, la contraction et la dilatation anormales, par la perturbation circulatoire qu'elles engendrent, troublent la régularité des actes fonctionnels locaux, des mutations nutritives; que le phénomène de constriction spasmodique peut aller jusqu'à l'annulation définitive de la lumière du vaisseau, jusqu'à la suppression du courant sanguin et partant jusqu'à la production de la gangrène. Et c'est ainsi que les désordres de l'innervation vaso-motrice, qu'ils soient d'origine directe ou réflexe, peuvent, par la gêne qu'ils apportent au mouvement circulatoire, être la cause de la gangrène spontanée et particulièrement de celle des extrémités.

La constriction spasmodique des vaisseaux, le spasme, en un mot, est-ce un phénomène réel, fréquent? C'est précisément l'un des phénomènes les plus fréquents en pathologie, dit Maurice Raynaud, « il suffit de regarder pour le voir ». Qu'est-ce que le phénomène vulgaire de l'onglée ; que signifie cette pâleur mortelle, ces refroidissements des extrémités qui surviennent dans la période algide du choléra et des fièvres intermittentes ; que signifie cette teinte bleue

que prennent les ongles, cet aspect violacé des extrémités, si habituel dans la paralysie générale ?... Que signifie en un mot l'algidité, ce symptôme, l'un des plus fréquents qu'il nous soit donné d'observer, sinon une forte ischémie passagère, laquelle ne peut s'expliquer que par un spasme des vaisseaux capillaires ?

« L'algidité, continue le même auteur, se termine de deux façons : ou elle fait place à la période de réaction caractérisée par une chaleur et une rougeur qui dépassent l'état normal, c'est la terminaison physiologique.

« Ou, au contraire, la cause continuant à agir, le spasme capillaire dépasse la durée habituelle ; les parties privées de sang manquent d'éléments de nutrition et la gangrène survient. C'est ce qui arrive dans l'algidité causée par l'impression du froid.

« Elle (la gangrène des extrémités) débute par un spasme des vaisseaux capillaires et ce spasme survient chez les sujets qui se distinguent par une prédominance nerveuse. Dans des cas plus simples, la contraction péristaltique des capillaires ne persiste pas longtemps et la circulation se rétablit plus ou moins rapidement. C'est la syncope locale.

« L'asphyxie locale est un état plus avancé de la syncope locale : après une période initiale de spasme capillaire survient une période de réaction, mais de réaction incomplète. Les vaisseaux qui reviendront les premiers à leur calibre primitif, ou même au delà, sont naturellement les vaisseaux qui présentent dans leur structure le moins d'éléments contractiles — les veinules, alors le sang veineux reflue dans les plus fines divisions vasculaires, d'où cyanose des extrémités succédant à une extrême pâleur.

« Enfin il peut arriver, quoique plus rarement, que le spasme capillaire atteigne d'emblée une intensité et une durée tout à fait exceptionnelles. La syncope et l'asphyxie se succèdent rapidement ; le sang veineux devient insuffisant pour entretenir la vie dans les parties intéressées ; la coloration se fonce de plus en plus, les petites infiltrations se font à travers les parois des veinules ; ces parois elles-mêmes peuvent devenir granuleuses ; en un mot il y a gangrène confirmée... »

On ne saurait affirmer que la gangrène névropathique des extrémités procède invariablement de la constriction spasmodique des vaisseaux ; d'autres modes d'évolution, d'autres conditions de perturbation locale sont à envisager. C'est aussi l'opinion que le professeur Lancereaux exprimait dans ses remarquables leçons sur la trophonévrose des extrémités.

Si légitime que puissent être ces hypothèses, on conviendra que nos connaissances actuelles ne peuvent fournir d'arguments positifs en leur faveur. Ces conjectures appartiennent à l'avenir qui, seul, pourra fournir des preuves de leur justification.

Par contre, l'idée du spasme ne souffre d'opposition ni dans la manière d'être de la physiologie pathologique, ni dans ses effets ultimes sur les actes nutritifs. La logique nettement déduite de l'observation et de l'expérimentation constitue la base de cette conception, admise d'ailleurs par le plus grand nombre.

En ce qui concerne la gangrène névropathique de la pulpe dentaire, je ne puis concevoir d'explication plus satisfaisante. J'aurais dit que c'est le seul mode possible, si je n'avais eu conscience de la portée et du danger des affirmations exclusives.

Voici un organe en quelque sorte isolé de l'organisme ; il ne doit son existence qu'à une petite artériole et à une petite veinule qui le relient à l'ensemble de l'économie. La fonction régulière de ces vaisseaux, dont l'un apporte des matériaux de nutrition et dont l'autre emporte les déchets de désassimilation, est la condition primordiale de la vie de cet organe. Supposons maintenant que cette fonction essentielle soit viciée par une influence déterminée, qu'une excitation nerveuse centrale ou périphérique, directe ou réflexe, donne lieu à une contraction énergique des parois vasculaires, au point d'obstruer toute la lumière du vaisseau ; que le spasme, au lieu d'être fugace, demeure au contraire persistant ; il arrivera une chose facile à comprendre : les éléments constitutifs de la pulpe, privés de leurs ressources d'existence, asphyxiés par un sang altéré et toxique, seront frappés de mort, d'autant plus rapidement que les échanges cutanés sont ici moins admissibles qu'ailleurs.

Il n'est, au reste, pas toujours besoin que les phénomènes s'accomplissent avec une telle intensité. Parfois une faible constriction artérielle sur un point quelconque de son trajet intraradiculaire suffit, par la diminution du calibre déjà si fin du vaisseau, à provoquer des coagulations sanguines et par suite l'oblitération définitive du conduit vasculaire.

En cette occurrence, l'action nerveuse domine encore, à mon avis, la pathogénie de l'oblitération artérielle. Il est cependant illogique d'affirmer qu'une lésion dégénérative des tuniques de la branche artérielle qui parcourt la racine dentaire ne puisse donner lieu à des accidents analogues. Quant à savoir si ces lésions artérielles se développent elles-mêmes sous l'influence des troubles de l'innervation, ou bien si elles ne sont que l'expression d'un état constitutionnel spécial, c'est là un problème de pathologie générale encore peu élucidé et que je ne saurais aborder ici.

Etant donné, dans les faits qui nous intéressent, que le processus, en dernière analyse, se réduit aux troubles des vaso-moteurs ; que, par conséquent, pareil désordre peut être réalisé par des excitations centrales ou périphériques d'intensité variable ; que chez les personnes à prédominance nerveuse le moment initial peut n'être qu'une impression insignifiante, on conçoit que l'apparition de tels accidents n'implique pas nécessairement l'existence de lésions profondes des centres et des cordons nerveux. Un simple trouble fonctionnel direct ou réflexe peut en être l'origine, ainsi que l'admet le professeur Lancereaux et que le démontrent les observations minutieuses et consciencieuses de la thèse de Maurice Raynaud.

Nous sommes donc loin de cette conception vraie quant au fond, mais exclusive à outrance, qui veut y voir une sorte de stigmate d'aliénation mentale.

Assurément les aliénés offrent des conditions particulièrement propices à l'apparition de ces accidents. Ces malades présentent un maximum de troubles circulatoires et nutritifs aptes à déterminer la gangrène. MM. Bellanger, Falret, Trélat, Langenbeck, Nélaton ont tous insisté sur le rapport de la perversion nerveuse des aliénés et de la gangrène spontanée. En 1857, M. Zambaco, dans une thèse sur « la gangrène spontanée produite par la perturbation nerveuse », a soutenu avec succès la même doctrine.

Ressort-il de ces affirmations autorisées que la gangrène névropathique, celle de la pulpe en particulier, soit la localisation symptomatique d'un trouble psychique et rien que de ce trouble? Pareille assertion ne nous conduirait-elle pas à des déductions dangereuses, à des diagnostics fâcheux?

Notez bien que je ne viens pas ici contester un fait signalé par mon devancier; je m'efforce, bien au contraire, de lui apporter les preuves actuellement admises de sa véracité, le mode intime de sa manière d'être; mais je m'élève, et c'est là mon strict devoir, contre l'exclusivisme dangereux d'une conception vraie, mais nullement absolue.

La névrose, la neurasthénie, ces états morbides, dits *sine materia*, si fréquents dans la génération actuelle, affectent souvent par prédilection l'innervation vaso-motrice. Le développement des congestions, d'ischémies locales spontanées, comme une des manifestations de la neurasthénie, fut observé et signalé par plus d'un auteur, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de s'étendre là-dessus. Vous savez que ces phénomènes correspondent à des alternatives de contraction et de dilatation vasculaires; vous savez l'importance que l'on doit assigner à l'intensité et à la durée de l'acte constrictif dans la production de la gangrène.

Il y a deux ans, dans ma note sur « Une des manifestations buccales de la neurasthénie », je me suis exprimé ainsi au sujet des troubles vaso-moteurs : « En se plaçant à notre point de vue spécial, les modifications dans l'innervation des vaisseaux périphériques, auxquelles sont dues nombre de manifestations de l'épuisement nerveux, méritent une attention particulière. » La remarque me paraît ici à sa place légitime.

Il va sans dire que toutes les causes propres à modifier les centres et les cordons nerveux, à y déterminer des lésions matérielles, sont, par ce fait, des conditions étiologiques ordinaires de la gangrène des extrémités et, partant, de celle de la pulpe.

Le traumatisme des nerfs de la moelle épinière, les agents toxiques qui se localisent spécialement aux cordons nerveux et les altèrent, comme l'ergot de seigle, l'arsénic, les huiles essentielles de l'absinthe, du vulnéraire, les maladies infectieuses aiguës, dont les toxines se fixent sur l'élément nerveux, sont ces causes. « Je ne suis pas éloigné de croire, dit M. Lancereaux, que certains cas de mortification des extrémités consécutive à la fièvre typhoïde aient pu avoir leur point de départ dans une lésion des cordons nerveux. »

Certains états constitutionnels, tels que le rhumatisme chronique, la goutte, déterminent assez souvent des lésions trophiques des

extrémités. « Il en est de même de certains cas de gangrène sèche rattachée au diabète, car les sujets atteints de diabète pancréatique ou nerveux présentant ordinairement des lésions gangréneuses, il est évident qu'elle ne dépend pas de la glycosurie plus abondante chez ces derniers. La gangrène en question se rencontre uniquement chez les diabétiques goutteux ou herpétiques dont la glycosurie est relativement faible, et, par conséquent, tout porte à croire qu'elle est l'effet de l'oblitération artérielle ou d'un désordre du système nerveux, accidents communs chez ces malades. » (Lancereaux)

L'hypothèse de la grangrène névropathique de la pulpe soulève-t-elle de sérieuses objections?

En premier lieu, on objecte que, le processus s'accomplissant sans réaction subjective accusée et sans modifications objectives appréciables, il a été impossible, jusqu'à présent du moins, de saisir et le moment où les troubles évoluaient vers la nécrose, et le mécanisme même de ces désordres fonctionnels.

Mais en ce qui concerne le mécanisme du processus, n'en est-il pas de même de la trophonévrose des extrémités en général? Personne n'avait la prétention de résoudre ce problème de physiologie pathologique à l'aide de preuves irrécusables; on formulait des hypothèses et nullement des lois; on a été d'accord que, dans un certain nombre de cas, la conception de Raynaud (j'écarte la question d'étiologie et n'envisage ici que le mécanisme physiologique), conception qui procède de l'induction scientifique et de l'observation rigoureuse, était satisfaisante et acceptable.

L'objection capitale vient de ceci: on connait bien les rapports du traumatisme et de la gangrène de la pulpe; c'est là une donnée hors de toute contestation; les annales de notre profession et l'observation journalière le prouvent surabondamment.

Personne, que je sache, ne s'est préoccupé des troubles que le traumatisme apporte dans le fonctionnement de l'organe pulpaire. Le traumatisme est-il une condition déterminante ou simplement occasionnelle? La banalité du phénomène, la fréquence des mortifications dites traumatiques de la pulpe, semblent nous avoir dispensés de tout effort d'interprétation. A force de constater trop souvent un fait, nous oublions d'en demander le pourquoi et le comment. Et pourtant il y a là matière à distinction, le traumatisme pouvant agir sur la pulpe suivant deux modes différents en rapport avec les caractères mêmes du traumatisme.

D'un côté, la violence du choc produirait des effets immédiats, profonds, la vie de l'organe s'arrêterait d'un seul coup, les ruptures des artérioles et des veinules amèneraient des extravasations interstitielles; la substance fondamentale, envahie par des coagulations sanguines, se dissocierait, se désorganiserait. La régénération n'est plus possible.

D'un autre côté, le traumatisme, simple cause occasionnelle, agissant sans violence accusée, mais d'une façon persistante, ne troublerait la vitalité de la pulpe que progressivement. Souvent tout

se réduit à de simples troubles vaso-moteurs, de plus en plus profonds, dont l'excitabilité naturelle est exaltée par le fait du traumatisme.

Et c'est ainsi, il me semble, qu'il faut envisager la plupart des cas de gangrène de la pulpe produite par une articulation vicieuse; il est impossible d'admettre que la mort de la pulpe ait pu se produire à la première rencontre des antagonistes, puis que ces dents anormalement articulées aient pu se former, se développer, acquérir la force normale malgré le traumatisme.

La mortification ne serait survenue que plus tard, lorsque le calibre de l'artériole s'est considérablement réduit et que les troubles vaso-moteurs ont pu exercer leur influence d'une manière efficiente. Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'une pulpe venait d'être frappée spontanément de mort, notre unique explication consistait à en rendre responsable ce traumatisme.

Cette interprétation singulièrement simpliste, toujours prête et toujours vraisemblable dans une région si exposée aux influences mécaniques, offre l'avantage d'être satisfaisante et de n'obliger à aucune recherche ultérieure. Et alors même que la violence du traumatisme échappe aux investigations les plus minutieuses, on s'évertue à rechercher et à invoquer un choc présumé ayant pu échapper à l'attention du patient.

Nous pensons que c'est là une manière insuffisante d'envisager les problèmes de pathologie. Le traumatisme n'est pas si universellement responsable qu'on veut le prétendre, et *dans nombre de cas il n'est qu'une simple occasion des troubles fonctionnels subséquents. Je dirai plus: la mortification spontanée de la pulpe peut s'effectuer sans la moindre intervention du traumatisme, comme un simple trouble réflexe, dû à l'excitation morbide d'un centre vaso-moteur correspondant ou à l'irritation d'une partie en rapport avec ce centre.*

Il y a quelques semaines, à la clinique de l'Ecole, je fis remarquer aux élèves un cas fort intéressant et nullement exceptionnel. C'était une jeune femme de 25 ans environ, dont l'appareil dentaire était frappé d'un vice d'articulation. Les incisives centrale et latérale inférieures gauches étaient projetées en avant de la courbe parabolique et, par le fait du choc continuel, étaient devenues extrêmement mobiles; la gencive à leur niveau était considérablement résorbée, de même que les alvéoles correspondantes avaient presque entièrement disparu. (Remarque intéressante à noter : la suppuration faisait totalement défaut — faible argument en faveur de l'origine traumatique de la périodontite expulsive.)

Malgré cela, malgré un traumatisme accusé, continu, malgré les désordres de voisinage profonds, les dents étaient si blanches, si vivantes, que c'eût été folie de présumer la pulpe mortifiée; la personne, d'ailleurs, se plaignait d'une réaction trop vive aux impressions thermiques.

On semble négliger, méconnaître l'importance du tempérament, des diathèses, des maladies constitutionnelles, des affections nerveuses, pour n'envisager que le fait brutal du traumatisme; c'est, je le répète, une compréhension singulièrement simpliste.

M. Dubois, avec son esprit éclectique et remarquablement juste, m'a fait la remarque suivante. « Puisque la gangrène névropathique de la pulpe est une manifestation d'ordre général, elle devrait procéder symétriquement et frapper les dents homologues ».La remarque est intéressante et digne d'être prise en sérieuse considération ; néanmoins, et bien que ces observations soient plutôt favorables à l'idée de symétrie, l'étude du processus physiologique de ces troubles trophiques, ainsi que l'observation clinique, s'oppose à cette manière de voir. Pour M. le professeur Lancereaux, contrairement à l'opinion de Maurice Raynaud, la symétrie ne serait que l'indice *presque certain* des gangrènes d'origine toxique.

Voici les quelques observations que j'ai pu recueillir et que je me suis efforcé de rendre aussi exactes qu'il est possible :

1re *Observation.*— M. K., négociant, 41 ans, nerveux, hystérique ; accès d'hystérie éclatent à la suite d'émotions violentes ou d'une vive contrariété et se manifestent par un sentiment d'angoisse précordiale, d'oppression pénible, d'un besoin irrésistible de pleurer ; casque neurasthénique de Charcot ; le patient éprouvait par moment une sensation de raideur dans les jambes, particulièrement dans la jambe gauche.

Système dentaire satisfaisant, bouche bien entretenue, quelques caries, sans signification bien particulière, obturées et aurifiées, un petit appareil de deux dents datant de quelques années.

Les deux incisives latérales inférieures attirent notre attention.

L'incisive latérale gauche, absolument dépourvue de toute trace de lésion traumatique, porte à sa face linguale une petite aurification circulaire faite il y a dix ans ; à cette époque la dent a été trépanée à la suite d'une légère fluxion qui a subitement paru et dont la pulpe mortifiée a été la cause ; la dent offre la coloration très caractérisée d'une dent morte ; l'état actuel de la gencive à son niveau est normal.

Son homologue du côté opposé est également intacte dans sa configuration extérieure ; malgré toutes mes recherches, je n'ai pu découvrir la moindre trace de violence mécanique ; aspect d'une dent morte ; il y a deux mois, la gencive à son niveau a été le siège d'une poussée inflammatoire, suivie d'une petite collection purulente et d'un trajet fistuleux permanent qui persistait.

Le patient affirme que, ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux cas, il ne croit avoir éprouvé un choc quelconque ; d'autre part, l'articulation de ces dents avec les antagonistes de la mâchoire supérieure ne permet en aucune façon d'incriminer le traumatisme. Mon opinion est qu'il s'agit de la gangrène névropathique de la pulpe.

2e *Observation.* — M. X., écrivain distingué et membre de l'Académie française, de 45 à 50 ans environ, tempérament nerveux, d'une rare impressionnabilité. Manifestations cutanées arthritiques. Surmenage intellectuel avec son cortège habituel et particulièrement exaltation de la sensibilité. Réaction acide des sécrétions et

de la salive; caries multiples du collet, surtout à la région antérieure de la mâchoire supérieure. La moindre opération est intolérable et lui arrache des cris de douleur; la séance d'un quart d'heure provoque une réaction nerveuse qui dure quelques heures.

Les deux incisives centrales inférieures sont frappées de mort; elles en portent tous les caractères objectifs; la gencive est faiblement hyperémiée au niveau de ces dents. Aucune trace de lésion mécanique; l'articulation est absolument normale; d'autre part, le patient, très observateur, affirme qu'il n'a jamais frappé ces dents d'une façon quelconque.

3e *Observation.* — Il y a deux ans environ, je fus appelé en ville auprès d'un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive pour lui enlever une dent qui était très mobile et qui le gênait beaucoup. Profitant de ma visite, sa femme me pria d'examiner ses dents; je fus émerveillé de la perfection de cet appareil dentaire; je ne pus constater la moindre carie. C'était d'ailleurs une personne bien portante, très vive, très active, parlant vivement et avec abondance. Elle se plaignit de l'état de son mari que les médecins avaient presque abandonné; elle espérait cependant la guérison.

Il y a cinq semaines, cette dame se présenta dans mon cabinet; le changement de l'état général de cette dame me surprit; ce n'était plus la femme d'il y a deux ans, forte, gaie, bavarde; c'était un être languissant, dont la force nerveuse semblait épuisée; sa parole, ses mouvements, sa mémoire, tout témoignait d'un affaiblissement considérable de la puissance nerveuse.

Cette dame m'apprit que son mari était mort quelque temps après ma visite, et que c'est à partir de ce moment qu'elle commença à languir.

Elle venait me consulter au sujet de l'incisive centrale inférieure gauche; depuis longtemps cette dent a été le siège de petites douleurs lancinantes, mais sans grande importance; elle n'en a jamais, dit-elle, réellement souffert; mais voilà que la dent devient de plus en plus noire, et elle en est fort désolée, ses dents étant d'une blancheur admirable.

L'examen attentif me conduisit à éliminer toute intervention de traumatisme, du moins rien dans l'état de la dent ne m'autorisait à le présumer; la malade dit n'avoir jamais frappé sa dent. L'articulation est normale comme pour la dent voisine. Dans ma conviction, il s'agissait là d'un cas typique de gangrène névropathique de la pulpe.

Ces observations sont évidemment bien insuffisantes pour fournir un appui solide à mes considérations théoriques; elles le sont encore moins pour résoudre un problème d'une telle complexité. Mais j'espère, néanmoins, qu'elles ne sauraient passer inaperçues, et que, grâce à cette modeste contribution, la question de la gangrène spontanée de la pulpe offrira un intérêt scientifique plus grand qu'elle n'en avait jusqu'à présent et que de nouvelles études, plus impor-

tantes et mieux faites, apporteront de nouveaux arguments en faveur de ma thèse.

LE MAL PERFORANT BUCCAL TABÉTIQUE

Par M. le Dr A. Bernard

L'an dernier, j'ai eu l'occasion de vous entretenir de la chute spontanée des dents au cours du tabès [1] ; j'ai l'intention de vous dire aujourd'hui quelques mots d'une affection voisine et fort analogue : je veux parler du mal perforant buccal tabétique. Ce sera le complément logique et naturel de notre communication antérieure.

Cette lésion très particulière ne figure qu'à titre d'exception, je dois le dire, dans le tableau classique de la symptomatologie tabétique ; les observations en sont peu nombreuses et son histoire date en réalité d'hier ; vous comprendrez que, dans ces conditions, il est bien difficile de donner de cette affection une description absolument précise et définitive.

La symptomatologie du tabès en ces dernières années a été l'objet de recherches multiples, tant en France qu'à l'étranger ; chaque jour, l'ensemble symptomatique s'élucide peu à peu, on parvient à dresser des types cliniques bien établis ; et cependant tous ces travaux demeurent muets ou à peu près sur le mal perforant buccal. J'ai compulsé avec le plus grand soin tout ce qui a été publié sur la question depuis une vingtaine d'années — ce qui représente une bibliothèque respectable — et je n'ai rencontré que des notions vagues, des renseignements peu probants sur le sujet qui nous intéresse.

Dans sa thèse sur les « Symptômes céphaliques du tabès [2] ». Pierret parle bien, au cours d'une observation, de l'état des dents du malade qui en fait l'objet, mais c'est pour dire qu'elles sont parfaitement saines, qu'il n'en manque pas une seule, « on peut même dire qu'elles sont très belles ».

Dans le mémoire de Lecomte [3], qui est un des premiers travaux d'ensemble sur les complications ostéo-arthropathiques du tabès, il n'est, en aucun point, question des lésions articulaires ou osseuses de la cavité buccale ou du massif des maxillaires.

Depuis lors, les travaux se sont multipliés à l'infini : à maintes reprises, dans ses fameuses « Leçons du Mardi », Charcot est revenu sur les lésions trophiques du tabès qui ont fait, à son instigation, les frais de thèses sans nombre : nous citerons celles d'Isazu, de Butruille, Dor, Clément, Fayard, Delay, Portelier, Fauchon-Courty, Gascuel. En Allemagne, le même sujet est l'objet de pu-

---

1. *L'Odontologie*, février 1894.
2. Th. de Paris, 1876.
3. Th. de Paris, 1877.

blications incessantes de la part de Westphal fils, Oppenheim, Jendrassik, Bernhardt, Strümpell. Et cependant, nous ne trouvons nulle part une description typique, un tableau fidèle du mal perforant buccal. Doit-on incriminer un défaut d'observation de la part des cliniciens? Je ne le crois pas ; c'est vers cette époque que le traitement du tabès par la suspension jouit momentanément d'une vogue universelle et amena à la Salpêtrière presque tous les tabétiques de France : il est certain que tous ces malheureux, attirés là par l'espoir trompeur d'un soulagement, sinon de la guérison, furent examinés avec le plus grand soin par un personnel compétent s'il en fut au monde.

En réalité, si le mal perforant buccal tabétique ne fut pas décrit plus tôt de façon explicite, c'est qu'il constitue une rareté dans le tableau clinique du tabès.

Pour trouver une étude bien précise et bien nette du mal perforant buccal tabétique, il nous faut donc arriver à l'observation que M. Letulle, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, communiquait le 20 juillet 1894 à la Société médicale des hôpitaux. C'est un cas de mal perforant buccal des plus typiques, et, pour une étude, je ne puis mieux faire que de suivre la description merveilleuse de clarté et d'exactitude de M. Letulle.

Il s'agit d'un individu âgé de 51 ans, syphilitique avéré, alcoolique fervent, frappé de douleurs fulgurantes atroces dans les jambes. A un examen rapide, on constate l'abolition des réflexes rotulien, plantaire et crémastérien ; signe de Romberg ; zones anesthésiques et analgésiques diversement éparses : en un mot le tableau classique du tabès. Mais, en plus, la voix est nasonnée, et quand le malade ouvre la bouche, on remarque que « toutes les dents du maxillaire supérieur ont disparu, sauf la 2e prémolaire et la 1re grosse molaire gauche ; en outre, toutes les dents inférieures du côté gauche n'existent plus ; et enfin on constate une perte de substance toute particulière ayant effondré la moitié droite de la voûte palatine et du rebord correspondant du maxillaire supérieur ».

M. Letulle montra son malade au professeur Fournier, à M. Lermoyez, et à plusieurs dentistes, entre autres à M. Viau : toutes ces personnes, dont on ne peut nier la compétence, furent d'un avis unanime : mal perforant buccal tabétique.

« Quand ce malade a la bouche fermée, continue M. Letulle, il y a une accentuation manifeste du pli naso-génien droit et la bouche semble un peu déviée de ce côté ; à travers la peau, le doigt pénètre dans une dépression qui laisse libre la place occupée normalement par le maxillaire supérieur droit. La bouche ouverte, on voit la voûte palatine, normale à gauche, s'enfoncer à droite obliquement en haut, vers une sorte d'infundibulum d'aspect cicatriciel, dont la paroi externe est formée par la joue et dont le centre correspond assez exactement à la ligne que devrait tracer le bord dentaire du maxillaire supérieur. La muqueuse qui tapisse cet enfoncement conique est pâle, nacrée, rivulée et très épaissie.

« La sensibilité y est très obtuse, et l'anesthésie y est complète en dehors, du côté de la joue. Au fond de cet entonnoir qui s'enfonce ainsi verticalement en haut, on aperçoit un orifice de communication qui donne directement accès dans le méat moyen de la fosse nasale droite. Cet orifice semble bien cicatrisé ; il est à peu près arrondi et situé à 2 cent. de la ligne médiane du palais, à 3 cent. du rebord alvéolaire atrophié du maxillaire supérieur. Au palper, la dureté du tissu cicatriciel est grande ; à la région postérieure, le tissu est moins dur que dans le reste de l'infundibulum.

« Le reste de la cavité buccale est normal, il n'y a aucune trace de cicatrices quelconques sur le corps. Le malade ignore complètement comment cette affection, dont il ne se souciait aucunement, lui est survenue. — Depuis 5 mois environ, il avait seulement remarqué que souvent le bouillon revenait par le nez ; jamais il n'a souffert des dents, il ne sait comment elles sont tombées ; celles qui restent sont normales, notablement usées, non cariées et exemptes de gingivite purulente. »

A l'occasion même de la présentation de ce malade, M. Lermoyez dit avoir rencontré la même lésion chez deux individus, tous deux tabétiques, qui, sans aucune douleur, sans avoir jamais eu de phénomènes aigus du côté des sinus, offraient une grande communication entre le sinus et la bouche. Chez tous deux, le rebord alvéolaire supérieur s'était peu à peu atrophié et avait amené l'ouverture large du sinus maxillaire ; il existait autour de l'orifice une zone d'anesthésie totale.

Et M. Lermoyez fait remarquer avec beaucoup de sagacité que, dans ces cas, pas plus que dans celui de M. Letulle, il n'y a eu trace de suppuration ; bien que les sécrétions buccales chargées au premier chef de cultures microbiennes, bien que les débris alimentaires pénètrent incessamment et séjournent dans la cavité sinusienne effondrée, il ne se produit aucune infection secondaire. Les tissus dont le processus scléreux du tabès a amené la déchéance vitale, semblent même ne plus pouvoir réagir devant une infection.

Depuis lors, M. Baudet, interne des hôpitaux, a publié dans l'organe même de cette Société [1] un nouveau cas de mal perforant buccal. Je n'y reviendrai pas, car je ne doute pas qu'il ne soit encore présent à la mémoire de vous tous. Il s'agit d'un individu qui perdit très rapidement la plupart de ses dents, et ce, sans aucune douleur ; en même temps, il se produisait une ostéite raréfiante qui amenait la disparition presque totale du rebord alvéolaire supérieur, bientôt suivie d'une perforation double de la voûte palatine.

Il est certain que cette observation se rapproche par plus d'un point de celle de M. Letulle ; cependant je me résous difficilement à voir là un cas type de mal perforant tabétique. Loin de moi la pensée de mettre un seul instant en doute la compétence de M. Baudet en neuropathologie ; et pourtant, je me demande si son malade est bien un tabétique. Il a eu des douleurs en ceinture et

---

1. *L'Odontologie*, juin 1895.

dans les membres, mais ces douleurs sont loin de présenter le caractère fulgurant des douleurs de la période préataxique du tabès et se rapprochent plutôt de manifestations rhumatoïdes. — Il a présenté, il est vrai, quelques troubles urinaires; mais, en revanche, le signe d'Argyll Robertson semble n'avoir été constaté que d'une manière peu certaine ; en outre, il n'est en rien question de l'abolition des réflexes tendineux, des désordres de l'appareil génital, ces deux grands symptômes qui dominent toute la scène au début de l'affection — Un autre fait : la chute des dents, si elle s'est effectuée sans douleur ou à peu près, s'est accompagnée chaque fois d'une hémorrhagie très abondante, ce que nous n'avons jamais vu dans la disparition spontanée des dents au cours du tabès. Enfin (et c'est là surtout le point qui soulève mes doutes) ce malade est en pleine évolution syphilitique, puisqu'il est venu, après l'établissement même de sa perforation palatine, réclamer des soins pour des plaques muqueuses buccales : or, la règle absolue est que, quand un syphilitique entre dans le tabès, la période active de la syphilis a depuis longtemps pris fin : le tabétique n'est plus un syphilitique, c'est un parasyphilitique.

N'y aurait-il pas lieu de soupçonner plutôt chez le malade de M. Baudet une intoxication professionnelle ayant préparé le terrain à l'ostéite raréfiante? Cet homme est fleuriste, et, dans ce métier, les ingrédients dangereux ne font pas défaut ; d'autre part, vous le savez, c'est un fait banal que certains toxiques se portent avec une prédilection marquée sur l'appareil bucco-dentaire.

A quoi devons-nous donc attribuer le mal perforant buccal du tabès ? Pourquoi ce phénomène demeure-t-il si rare au cours de la maladie de Duchenne? Il est bien démontré aujourd'hui que le tabès n'est pas toujours identique à lui-même, qu'il revêt telle ou telle forme clinique selon le terrain sur lequel il évolue, selon surtout la source à laquelle a été puisée l'infection syphilitique primitive. Charcot se plaisait à dire : « Ne devient pas tabétique qui veut, on naît sous l'étoile tabétique ». De même, selon telle ou telle prédisposition individuelle, le tabès affectera telle forme particulière plutôt que telle autre : il y a longtemps déjà que l'on a établi un tabès céphalique ; depuis lors, on a fait un tableau tout spécial et nettement défini du tabès oculaire, dans lequel les troubles de l'appareil visuel dominent toute la scène pathologique. Pourquoi n'y aurait-il pas de même un tabès bucco-dentaire? Dans ses leçons sur la période préataxique du tabès, le professeur Fournier disait déjà : « La chute des ongles et des dents, le mal perforant constituent sans nul doute une famille naturelle ; ces trois sortes de manifestations sont issues d'une même cause et dérivent vraisemblablement d'un même processus pathogénique. » Il est certain que la chute spontanée des dents et le mal perforant buccal forment un groupe étroitement uni, relevant de l'ostéite raréfiante localisée aux maxillaires.

D'autre part, je crois que l'origine de la syphilis n'est pas indifférente au tableau symptomatique qu'affecte le tabès. Je m'explique :

il y a quelques années déjà que M. Morel-Lavallée a mis en vigueur la théorie des « syphilis à virus nerveux » et apportait à l'appui de sa thèse l'histoire célèbre de cinq individus devenus paralytiques généraux après avoir pris la syphilis à la même source. Tout récemment, dans le même ordre d'idées, j'apportais, à la Société médicale des hôpitaux [1] l'histoire de deux individus ayant pris la syphilis auprès de la même femme et presque à la même heure : ils sont devenus tous deux tabétiques à la même époque et ont fait tous deux un tabès oculaire avec un processus à peu près identique. Quand les cas que j'appellerai le tabès bucco-dentaire seront plus nombreux et mieux connus, je ne doute pas que l'on ne relève des faits démonstratifs analogues à celui de M. Morel-Lavallée et au mien.

Dois-je dire un mot du traitement du mal perforant buccal ? Comme devant toute autre manifestation tabétique, comme devant toutes les affections parasyphilitiques, la thérapeutique médicale est désarmée : c'est de vous seuls, d'un appareil ingénieusement adapté à chaque cas particulier que le malade pourra recevoir quelque soulagement.

UN CAS DE PROTHÈSE IMMÉDIATE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. Oscar Amoedo.

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

Communication au Congrès dentaire de Bordeaux.

Au mois de septembre 1894, j'étais appelé par M. Poirier, auprès d'un malade de l'hôpital Saint-Louis de Paris, pour l'application d'un appareil de prothèse immédiate par la méthode Martin, de Lyon.

Ce malade, âgé de 50 ans, jouissait d'une bonne santé générale, était atteint d'une tumeur néoplasique à marche rapide, développée au côté droit du corps du maxillaire inférieur.

Après avoir examiné le malade et pris les dimensions approximatives de la partie de l'os qui devait être réséqué, je construisis un appareil en caoutchouc noir durci, un peu plus long que les mesures prises.

Voici la reproduction dudit appareil monté sur un maxillaire (Cette reproduction circule entre les mains des congressistes).

La fig. 1 le représente vu par sa face externe et la fig. 2 vu par sa face interne.

Au bord supérieur de l'appareil se trouve un trou en communication avec un canal, le parcourant dans toute sa longueur, duquel partent plusieurs canaux s'ouvrant au bord inférieur.

1. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 17 nov. 95.

A l'entrée du trou, au bord supérieur j'appliquai une soupape,

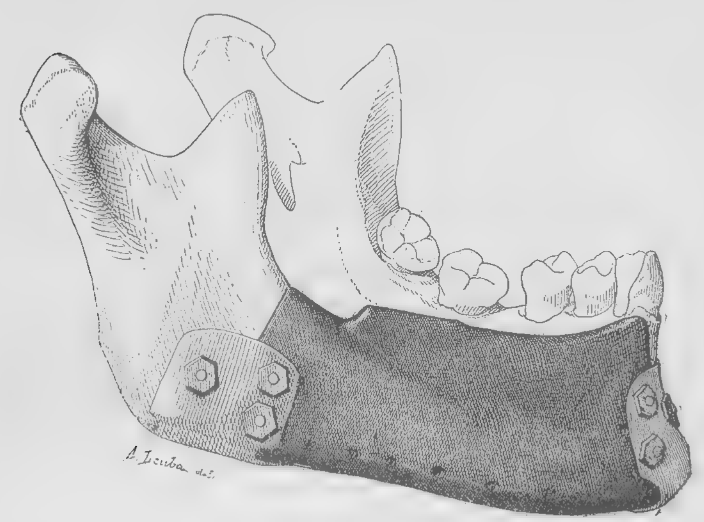


Fig. 1.

destinée à empêcher l'entrée des aliments dans les canaux ; cette

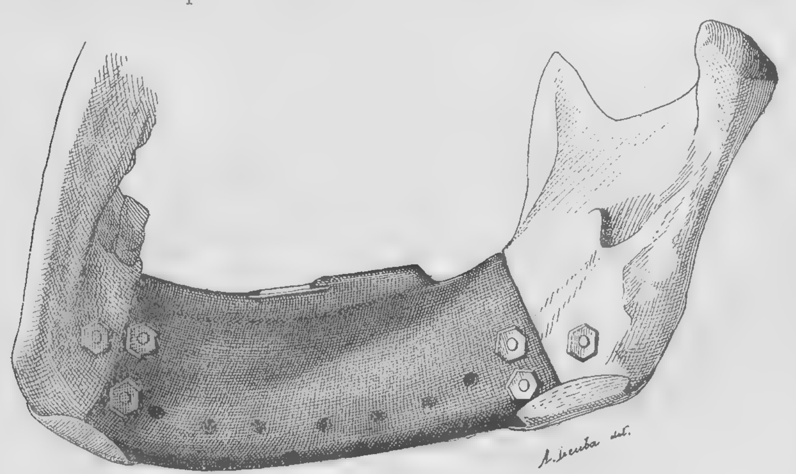


Fig. 2.

soupape peut s'ouvrir et se fermer avec le bec de la canule de l'irrigateur.

Ce système de canaux est destiné à faciliter la désinfection de la plaie au moyen de lavages antiseptiques. Pour fixer l'appareil dans

la bouche j'appliquai à la face externe, sur le conseil de M. de Marion, deux plaques en platine iridié se recourbant un peu sur le bord inférieur. Ces plaques sont fixées à l'appareil par deux écrous en platine iridié chacune et par un seul écrou à chaque moignon du maxillaire resté en place.

Opération.

Le 27 septembre 1894, M. Poirier fit une incision sur le bord inférieur du côté droit du maxillaire inférieur et pratiqua l'ablation de la tumeur, qui comprenait la glande sous-maxillaire droite, une grande partie de la face interne de la joue et le corps droit du maxillaire inférieur compris entre la symphyse et l'angle de la mâchoire.

Pendant que M. Poirier faisait l'hémostase de la plaie, je réduisais et arrangeais l'appareil aux dimensions de la partie osseuse réséquée. Lorsque tout fut prêt, je pratiquai deux trous dans les moignons avec un foret monté sur le tour dentaire, j'y passai les deux écrous et finalement je fixai l'appareil. M. Poirier sutura la peau par-dessus l'appareil, et l'opération était finie.

Dans la même journée, ainsi que les trois jours et les trois nuits suivants, on fit toutes les heures des lavages antiseptiques au chloral. Les injections étaient faites avec assez de force au moyen de l'injecteur Eguisier.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus heureuses.

La température se maintint normale et la parole très compréhensible ; le malade pouvait ouvrir ou fermer la bouche facilement, la mastication se faisait du côté gauche assez facilement aussi.

Le 15 octobre 1894 le malade fut présenté par M. Poirier à la Société de chirurgie de Paris et, le 4 novembre de la même année, je le présentai à la Société Odontologique de France.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. le Dr Morado au collège de France et par M. le Dr Pilliet à l'hôpital de la Charité, nous fixa sur le diagnostic : c'était un épithélioma.

Le 25 novembre, deux mois après l'opération, M. Poirier dut intervenir de nouveau, pour enlever des néoformations épithéliales développées dans la joue et le pilier antérieur du voile du palais. Nous pûmes constater que l'appareil ne tenait plus aux deux moignons osseux. Les parties de l'os qui avaient été recouvertes par les plaques étaient nécrosées et possédaient l'odeur fétide caractéristique de la nécrose. L'appareil, de son côté, était presque entièrement bouché par des bourgeons charnus et très fétides.

Cette fois, naturellement, nous crûmes inutile toute nouvelle tentative de prothèse.

Le malade partit quelques jours après en province et, au mois de mars 1895, 6 mois après l'opération, j'ai reçu une lettre m'annonçant la malheureuse fin de ce pauvre malade.

Voici la liste des instruments à employer auprès de la table d'opérations. Nous les avons fait construire ou modifier de manière à ce qu'ils soient rendus facilement et complètement aseptiques.

1 boîte en nickel composée de 2 plateaux entrant l'un dans l'autre, de 35c de long, 20c de large et 7 de profondeur.

Cette boîte contient :

1 scie à arc, à lame tournante du professeur Farabeuf.

1 cheville mobile métallique, pouvant se fixer à une table ou une porte.

1 étau à main.

4 échoppes.

3 compas.

1 paire de cisailles.

6 limes.

1 marteau.

Des pinces.

Tous ces instruments avec manche en métal nickelé sont stérilisés par ébullition dans les plateaux et restent pendant l'opération dans une solution antiseptique.

NOTE AU SUJET DE DEUX CAS D'ÉRUPTION TARDIVE

Par M. le Dr Maurice Roy,

Dentiste des hôpitaux,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Je ne veux que vous signaler en quelques mots deux cas d'éruption tardive à ajouter aux nombreux cas connus.

Le premier concerne un homme de 40 ans ayant d'excellentes dents très bien rangées jusqu'à 38 ans, mais avec la canine supérieure gauche temporaire persistante, la permanente n'étant pas poussée. Il y a deux ans cette canine temporaire s'ébranla et tomba, et la canine permanente fit son apparition ; mais elle poussa en dedans de l'arcade, de telle façon qu'elle chassa en avant l'incisive latérale, ce qui occasionna une très grande gêne au malade parce que, dans l'occlusion de la bouche, le bord libre de cette dent venait reposer légèrement sur la lèvre inférieure. Il se résolut donc à faire enlever la canine, afin que cette difformité ne s'accentuât pas. Il s'adressa à un de nos confrères qui, après maints efforts, ne put enlever cette dent; quelque temps après, il vint me trouver et je réussis à la lui enlever, mais ce ne fut qu'en déployant une force considérable et après maintes tentatives que je vins à bout de cette opération. La racine de cette dent était énorme, elle présentait une exostose considérable, ce qui, ajouté à la situation de la dent contre la face palatine de l'incisive latérale, expliquait la difficulté de l'extraction.

Le second cas concerne une dame de 56 ans chez laquelle la canine temporaire supérieure droite avait persisté fort longtemps, la permanente n'étant pas poussée. Il y a dix-sept ans environ, cette dame perdit sa dent temporaire en même temps que d'autres dents

et elle se fit faire un appareil prothétique. En 1889, je lui enlevai quelques dents et racines et lui fis un nouvel appareil ; il ne lui restait plus que les deux dernières molaires, et il n'y avait rien d'anormal dans sa bouche. Il y a quelques mois, cette dame vint me consulter pour une petite chose qu'elle avait remarquée à sa voûte palatine. A la partie antérieure se voyait une petite masse dure, blanche, qui perçait la gencive ; ce n'était pas mobile et, au premier moment, je pensai plutôt à un séquestre, sans cependant pouvoir m'en expliquer la cause. Rien d'urgent ne s'imposant, je priai la malade de revenir me voir un peu plus tard afin de suivre la marche de cette chose bizarre. Elle revint deux mois après ; la masse dure et blanche que j'avais observée était un peu plus visible et, en explorant attentivement sous la muqueuse, je pus reconnaître une dent. Après anesthésie cocaïnique, je pus l'enlever, mais ce ne fut pas sans difficulté, étant donné sa position : elle était couchée transversalement, la pointe de la couronne près de la ligne médiane du palais, la pointe de la racine en dehors et un peu en haut.

Je n'ai pas pris l'empreinte du premier cas et n'ai pas conservé la dent, mais je puis vous présenter l'empreinte de la bouche et la dent du deuxième cas ; cette dent offre un peu d'érosion et la racine est un peu exostosée sur sa face antérieure. Du reste, dans les cas d'éruption vicieuse, je crois devoir signaler la fréquence de l'exostose, c'est là un petit point de pathologie qui n'a pas encore été signalé, je crois. Cette exostose, dont la pathogénie s'explique facilement par l'irritation prolongée du périoste, se montre dans ces cas d'une façon à peu près constante et on l'observe très fréquemment sur les dents de sagesse dont l'éruption est si souvent laborieuse. On peut même observer cette exostose sur les dents voisines ; c'est ainsi que chez un malade auquel je dus enlever la seconde grosse molaire et la dent de sagesse, toutes deux saines, pour remédier à des accidents graves dus à l'éruption de cette dernière dent, je trouvai les racines de la dent de sagesse soudées et avec une exostose considérable, et les racines de la seconde grosse molaire également exostosées, mais avec cette particularité que la racine postérieure, immédiatement en rapport avec la dent de sagesse, présentait une hypertrophie cémentaire très marquée, tandis qu'au contraire la racine antérieure n'en présentait qu'un léger degré ; c'était là une démonstration évidente, si elle avait été nécessaire, de la cause de cette hyperplasie.

INJECTEUR AUTOMATIQUE D'ANTISEPTIQUES AVEC CHAUFFEUR D'EAU ET APPAREIL DISTRIBUTEUR D'ANTISEPTIQUES

Par M. Loup,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

L'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter est d'une grande simplicité dans toutes ses parties et d'un très petit volume.

J'ai voulu aider le dentiste dans son travail, lui donner la propreté facile, supprimer la seringue à injection, et lui faire gagner du temps.

Figures schématiques.

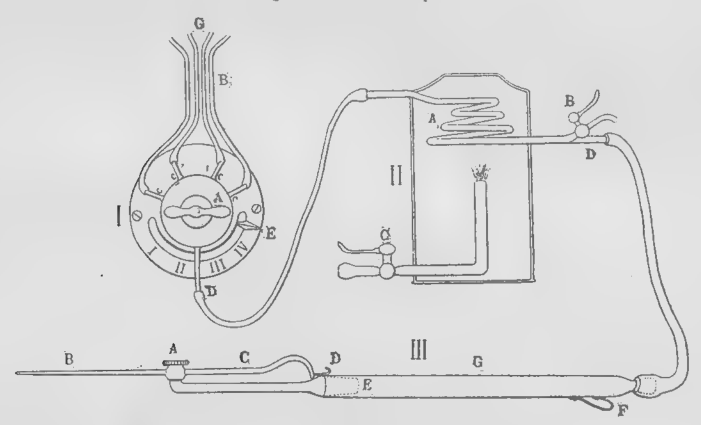


Fig. I. — Robinet distributeur d'antiseptiques.

A. Clef du robinet.
B. Caoutchouc conduisant les solutions contenues en G aux embouchures c. c.
C. Arrivée des liquides.
D. Départ des liquides.
E. Aiguille destinée à marquer la solution qu'on désire en tournant la clef A.
I. II. III. IV. Points correspondants aux solutions.

Fig. II. — Appareil chauffeur adapté à la tablette du cabinet.

A. Serpentin conique.
B. Robinet donnant l'eau chaude pour le verre.
C. Robinet du gaz.
D. Départ du liquide pour aller à l'injecteur Fig. III.

Fig. III. — Injecteur à canules droite et courbe.

A. Robinet se maniant entre le pouce et l'index.
A-C. Canules droite et courbe.
D. Cran d'arrêt des canules.
E. Séparation en cône des deux parties de l'injecteur.
F. Anneau servant à prendre l'injecteur.
G. Corps de l'injecteur.

Avec l'appareil distributeur, nous pouvons avoir à notre disposition, dans notre main, à l'injecteur, la solution antiseptique que nous désirons. Il suffira d'avoir sur une planchette, à une hauteur déterminée, 2-4-6-8 flacons et plus contenant les solutions en usage ; par le simple mouvement du robinet, on place l'aiguille sur le numéro correspondant au médicament qui arrive immédiatement. Cependant, il faut considérer que ce distributeur est relié par un tube de caoutchouc au chauffeur et de là à l'injecteur. Aussi, quand on change de solution, toute cette longueur de tube est remplie de la solution précédente et il faut, quand on ouvre le robinet distributeur, ouvrir l'injecteur de telle sorte que la deuxième solution chasse la première. Pour ne pas perdre de temps et faciliter l'opération, au lieu de laisser écouler le liquide par la canule on sépare le corps de l'injecteur en deux et le contenu s'en échappe très vite ; comme ces deux parties sont reliées en cône, c'est très facile.

J'ai fait un chauffeur extrêmement petit, il n'a pas le volume d'un petit verre sans pied, et se place sur la tablette d'opérations. J'ai obtenu le moyen de chauffer l'eau en faisant un serpentin de quatre spirales en forme de cône, de telle sorte que la flamme du brûleur se trouve encapuchonnée et qu'il n'y a pas de déperdition ; il suffit d'une flamme de trois centimètres pour avoir l'eau absolument chaude dans l'injecteur. J'ai ajouté à cela un robinet pouvant donner de l'eau chaude pour le verre à bouche. Enfin j'ai construit un injecteur à double canule attenant à l'appareil lui-même. Un simple mouvement change l'une ou l'autre. La projection du liquide s'obtient en tournant un tout petit bouton molleté entre le pouce et l'index.

Telle est, simplement faite, la description de l'appareil, encore plus simplement fait, que j'ai l'honneur de vous présenter. Il est très gracieux, très pratique et rendra de réels services.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Séance du dimanche 18 *août* 1895 *(matin)*.

Présidence de M. Dubois.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

M. le Président. — Messieurs, le règlement qui nous régit dit : *Le présent règlement, ainsi que toutes dispositions qui y prendraient place, pourra être modifié par le Congrès dans sa dernière séance.*

Toute proposition de modification du règlement devra réunir au moins cinq signatures et être déposée à la première séance afin que le bureau en délibère.

Je vais vous lire le règlement article par article et vous soumettre au fur et à mesure les modifications proposées, et sur lesquelles le bureau a délibéré.

Article 1er. — Les mots l'*Association générale des dentistes de*

France jusqu'à la fin de la phrase sont supprimés, car ils n'avaient de raison d'être que pour le premier Congrès (*Adopté*).

Article 2. — Nous proposons de supprimer le mot *national* après le mot *bureau*. Je vous donnerai des explications tout à l'heure. (*Adopté*.)

Article 3. — Nous vous proposons de modifier ainsi cet article 3 :

Le Congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1° *Un président nommé pour l'année suivante par le Congrès dans sa dernière séance.*

2° *Un bureau central de 6 membres de la région parisienne nommé par le Congrès dans sa dernière séance.*

3° *Un bureau local de 6 membres nommé par les dentistes de la région de la ville qui sera désignée comme siège du Congrès.*

4° *Six membres choisis parmi les adhérents au congrès et pris dans toute la France, région du Congrès et région parisienne exceptées.*

Vous voyez à quelle pensée nous avons obéi en vous proposant ces modifications.

On nous a fait remarquer avec raison que, pour ce premier congrès, nous n'avions que deux groupes représentés parmi ceux qui collaborent à l'œuvre commune : le groupe parisien et le groupe local.

Nous avons à la dernière heure essayé de pallier à cet inconvénient en nous adjoignant un membre qui ne fût ni de la région ni du comité d'initiative. Mais nous considérons cela comme insuffisant pour l'avenir et nous vous proposons de constituer le bureau du Congrès par un tiers pris dans la région parisienne, un tiers pris dans la région du Congrès et un tiers dans le reste de la France.

Ce bureau sera donc composé d'un président et de 18 membres. Ce seront ces 19 personnes qui auront les responsabilités, qui seront chargées d'organiser le Congrès et de le diriger pendant sa durée.

On aura ainsi trois vice-présidents de région qui prendront place, à titre de vice-présidents, au bureau du congrès, plus un président.

M. le Dr Beltrami. — Le président est choisi en dehors des 18 membres et nommé un an d'avance ?

M. le Président. — Parfaitement.

M. le Dr Beltrami. — Je tiens à remercier le bureau de la prise en considération qu'il a accordée à la remarque que j'avais faite lors de la première séance.

M. le Président. — Vous voyez que nous obéissons toujours à des pensées de conciliation, que nous ne demandons qu'à nous assurer tous les concours, et que nous tenons grand compte des remarques qu'on nous fait, quand elles nous paraissent justifiées.

M. Douzillé. — Les membres nommés en dehors de la région parisienne auront-ils des fonctions effectives ou cela est-il pour eux purement honorifique ?

Un membre. — Des fonctions.

M. Douzillé. — En ce cas ne serait-il pas bon de désigner ces fonctions?

M. le Président. — Il n'y a pas là une difficulté qui ne puisse être résolue facilement. Il est d'ailleurs impossible de nommer aujourd'hui un bureau pour toute la France pour cette raison que vous ne nommeriez que des membres qui font partie du Congrès actuel et que vous ne connaissez pas ceux qui adhéreront au Congrès de 1896. Mais les six membres pris, les uns à l'extrême Ouest et les autres à l'extrême Est, ne pourraient travailler utilement ensemble pendant la préparation. Ce n'est qu'au jour où les bureaux seront réunis et lorsque le Congrès sera constitué qu'ils auront des fonctions.

M. le Dr Guénard. — Le vice-président du comité régional sera-t-il vice-président du Congrès?

(*Oui, oui.*)

M. le Président. — Je mets aux voix le nouvel article III. (*Adopté.*)

M. le Président. — Le bureau parisien s'appellera dorénavant bureau central.

M. Godon. — Je ferai remarquer également que la rédaction est celle-ci : Les trois bureaux, le bureau central, le bureau local, et l'autre bureau non régional nommeront chacun un président qui, le congrès réuni, deviendront vice-présidents du Congrès.

Nous tenons à cette rédaction. Le président du congrès laisse ainsi à chaque bureau son président.

Il n'y a qu'un seul président du congrès, et de cette façon il ne sera pas obligé d'aller à Paris. Il sera suppléé par le président du bureau central, qui sera aussi vice-président du congrès.

J'insiste sur ce point.

M. le Président. — C'est le texte voté.

Il y aura en outre, dans le bureau central, un secrétaire général, un trésorier, un secrétaire-adjoint et deux membres, soit un total de six.

Le bureau local est composé d'un président, d'un secrétaire général, d'un secrétaire-adjoint et de trois membres.

Le secrétaire général et le trésorier du bureau central seront secrétaire général et trésorier du congrès.

Telles sont les propositions que nous faisons sur la direction du congrès.

M. le Dr Roy. — Il me semble qu'il n'est pas nécessaire de mettre un secrétaire général dans le bureau local.

Si vous le faites, il y aura sûrement des conflits d'attributions entre les deux secrétaires généraux. Il faut absolument qu'on ne donne le titre de secrétaire général qu'à un seul.

M. Rousset. — Je sais mieux que personne que, s'il n'y avait pas eu de secrétaire général au bureau local, il aurait été impossible d'organiser le congrès. Pourtant il n'y a pas eu de conflits d'attributions.

M. le Président. — M. Rousset a raison, chaque bureau particulier doit avoir un secrétaire général, car ce secrétaire général

sera aussi secrétaire du congrès. Il n'y a pas de conflit possible. Il est évident que le bureau local aura une tâche importante et il faut bien qu'il y ait un membre qui concentre le travail avant l'ouverture de la session. Le président du bureau local porte le titre de vice-président, il n'est pas de trop de donner à son secrétaire le titre de secrétaire général, mais il est bien entendu que, le Congrès réuni, le secrétaire général du bureau central prend la direction du secrétariat.

Je mets aux voix les propositions que vous avez entendues relatives à la composition des bureaux. (*Adopté.*)

M. le Président. — Nous vous demandons de supprimer simplement l'article 9 du règlement intérieur, disant qu'il sera décerné une médaille d'or. Nous avions recueilli de la part d'un certain nombre de nos collègues des critiques au sujet de cette médaille d'or et nous avons résolu de soumettre la question à l'Assemblée et de lui demander ses préférences.

Nous avons examiné cet article dans une réunion du bureau et nous vous demandons sa suppression.

Je mets cette suppression aux voix.

(*Adopté.*)

M. le Président. — Vous pouvez compter sur le respect de vos décisions par le bureau. Mais nous vous demanderons une certaine liberté de rédaction. Le compte-rendu sténographique est là et tous les articles que vous venez d'adopter y sont consignés. Sous bénéfice des observations que je vous ai présentées, je vous demande d'adopter pour 1896 l'ensemble du règlement ainsi modifié.

Je mets aux voix l'ensemble du règlement. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président. — Avez-vous quelque chose en dehors des questions mises à l'ordre du jour à proposer au congrès ?

M. Lemonnier (de Nice). — Vous avez pu voir, et ceux qui ne l'ont pas vu peuvent s'en rendre compte à l'Exposition du service de santé militaire, que la trousse des chirurgiens chargés du service dentaire se compose d'une simple clef de Garengeot et de deux daviers. C'est avec ces instruments qu'ils sont obligés d'extraire les dents des soldats qui souffrent. La plupart du temps, ils brisent la dent et envoient finir d'extraire cette dent chez un dentiste de la ville. Quelquefois il est possible d'enlever ces dents découronnées, quelquefois ce n'est pas possible et les malheureux sont obligés de les garder, ce qui les fait beaucoup souffrir et les rend même malades. D'autres fois, et cela vaut mieux, ils envoient directement le patient chez le dentiste.

J'ai causé avec quelques médecins militaires de cette insuffisance de leurs instruments dentaires et je leur ai demandé pourquoi ils ne réclamaient pas. Ils m'ont répondu qu'il fallait faire des économies et qu'on serait mal noté si l'on proposait de nouveaux achats.

Un de ces médecins me disait dernièrement : Proposez donc à vos collègues, à l'occasion du Congrès, de formuler un vœu pour que ces instruments soient remplacés.

Je viens vous proposer le vœu suivant : *Les membres du Congrès dentaire national réunis à Bordeaux expriment le vœu que le nombre des instruments dentaires du service médical militaire soit augmentés et que ces instruments soient choisis d'une façon plus moderne.*

M. Douzillé. — C'est parfaitement vrai, mais ce serait sortir de nos attributions.

(*Protestations.*)

M. Schwartz. — Je crois que nous devons appuyer le vœu formulé par M. Lemonnier, car dans les villes où il y a une garnison un peu importante, le major vous envoie des dents à arracher lorsqu'il les a manquées. Je suis dans ce cas. C'est donc une question d'humanité. Il faut appuyer le vœu.

M. le Président. — Je mets le vœu aux voix. (*Adopté.*)

Nous allons passer à la fixation de la ville où se tiendra le congrès de 1896. Votre bureau en a délibéré et il vous propose Nancy.

Voulez-vous pour ce vote procéder par bulletin secret ou par mains levées ?

Plusieurs membres. — A mains levées.

M. le Président. — Votre bureau a été conduit à choisir cette ville parce que le congrès médical de 1896 se tient justement à Nancy. Nous avons pensé qu'au point de vue moral et matériel il y avait avantage pour nous à aller dans une ville où se tenait le Congrès médical. Y a-t-il d'autres villes proposées pour le congrès de 1896? Je mets aux voix l'adoption de la ville de Nancy.

(*Adopté à l'unanimité.*)

Nous allons passer maintenant au vote pour l'élection du président et pour l'élection de la section du bureau central. Je vais vous donner auparavant connaissance, conformément au règlement, des noms proposés pour la médaille d'or.

M le Dr Roy. — Dans la liste qui va vous être présentée vous ne verrez figurer ni l'un ni l'autre des rapporteurs des questions mises à l'ordre du jour du congrès. Ils ont déclaré, avant que le bureau dressât la liste de présentation, qu'ils déclinaient toute candidature pour cette médaille d'or. Nous comprenons les motifs qui les ont fait agir, mais nous regrettons que cette décision nous ait empêchés de récompenser des travaux remarquables qui ont nécessité un labeur considérable, et c'est pourquoi je pense que l'Assemblée exprimera ses remercîments aux deux rapporteurs du congrès.

M. le Dr Beltrami. — Vous avez dit, M. Roy, qu'on devait les remercier des rapports produits ; je suis de cet avis, mais je ne crois pas qu'on doive les féliciter d'avoir renoncé à la médaille d'or.

M. le Dr Roy. — J'ai dit qu'il fallait regretter cette décision.

M. le Président. — Le bureau vous propose

en 1re ligne M. Choquet,
en 2e ligne M. Amoëdo,
en 3e ligne M. Loup.

En conséquence je vais suspendre la séance pendant 15 minutes. Pendant ce temps vous préparerez vos bulletins, car il est bon que ce vote ne soit pas fait par acclamation, mais au scrutin secret

Les noms qui vous sont proposés sont le résultat d'un premier scrutin préparatoire fait par le bureau avant la séance.

La séance est suspendue 15 minutes. (*On procède au vote et au dépouillement du scrutin.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Le congrès a décidé d'accorder la médaille d'or à M. Choquet. (*Triple salve d'applaudissements.*)

Ce vote dit plus et mieux que tout ce que je pourrais dire, je n'ai donc rien à ajouter.

M. CHOQUET. — Messieurs les congressistes, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous voulez bien me faire en me décernant une médaille que d'autres travaux auraient mieux méritée.... Messieurs, veuillez m'excuser, mais je suis ému. (*M. Choquet se rassied, empêché de continuer par l'émotion.*) (*Triple salve d'applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelle l'élection du président du prochain congrès.

Quelqu'un demande-t-il la parole à ce sujet?

M. GODON. — Je propose que le président du prochain congrès ne soit pas parisien.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, je vous prie de faire acte de candidature.

On procédera ensuite à la nomination du bureau central. Il doit se composer de congressistes habitant la région parisienne, c'est-à-dire les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Voici une liste où vous pourrez puiser :

Lemerle	Sauvez	Stévenin
Ducournau	Choquet	Guénard
Francis Jean	Loup	Dubrac

Nous ne vous imposons pas ces candidats, c'est simplement pour guider les votes, car tous les congressistes ne se connaissent pas.

La séance est suspendue pour préparer le vote.

M. LOUP. — Je me vois porté sur la liste des candidats au comité d'organisation du prochain congrès. Je décline toute candidature dans le bureau central.

M. LE PRÉSIDENT. — Je suis surpris qu'un jeune décline ainsi sa part de travail.

M. LOUP. — Je remercie le congrès, mais vraiment je ne puis accepter.

M. STEVENIN. — Je suis étonné de ne voir sur la liste qu'un seul membre du bureau actuel.

M. LE PRÉSIDENT. — Le bureau actuel croit avoir gagné quelque droit au repos.

M. GODON. — Il serait même fâcheux de nommer le même. Dans tous les cas, nous déclinons toute candidature.

M. LE PRÉSIDENT. — On nous a fait plusieurs fois le reproche que nous mettions toujours en ligne les mêmes chefs et les mêmes soldats. Il est donc bien désirable qu'un certain nombre de jeunes collègues prennent l'administration du nouveau congrès avec ses charges et ses difficultés. C'est pour cela que nous autres, qui avons tenu à cœur de faire réussir cette première session, qui

nous sommes employés de toutes nos forces pour mettre dans les mains des dentistes un nouvel élément de progrès professionnel, nous demandons à nous reposer un peu, ce qui ne nous empêchera pas de collaborer au prochain congrès.

M. Loup. — M. Dubois a l'air de dire que les jeunes ne veulent pas travailler ; les jeunes n'ont pas hésité à venir présenter des travaux. Ils ont bien le droit de refuser d'être dans le bureau parce qu'ils ne peuvent pas accepter, mais, du moins, ils n'ont pas peur du travail.

M. le Président. — Il ne s'agit en ce moment que d'élire le président qui dirigera les débats du congrès. La préparation de l'œuvre elle-même sera l'affaire des bureaux et des vice-présidents nommés par eux.

Je ne comprends pas que, lorsqu'on se sent de l'intelligence et de la capacité, on décline la charge, le devoir de s'occuper des affaires professionnelles pour lequel on était véritablement très préparé et très apte.

MM. on soulève un point de droit. Dans le cas où vous nommeriez des absents et où ces absents seraient démissionnaires, que devrait-on faire ? Les six membres seraient-ils appelés à se compléter eux-mêmes ou accepterez-vous de prendre à la suite dans l'ordre des nominations pour faire le complément?

Je crois qu'il y aurait inconvénient à ce que les membres d'un bureau eussent plusieurs origines, les uns étant nommés par tous les congressistes et les autres seulement par 3 ou 4 de leurs collègues.

(*L'assemblée adopte de prendre les membres selon l'ordre des nominations.*)

M. Ducournau. — Les étrangers peuvent-ils être élus ?

M. le Président. — Les étrangers demeurant à Paris, oui ; mais il est nécessaire qu'ils exercent la profession de dentiste à Paris.

(*Vote et dépouillement.*)

Le congrès de Nancy de 1896 sera présidé par M. Guénard. (*Applaudissements.*) Permettez-moi de féliciter notre dévoué collaborateur et de dire combien nous sommes heureux du vote qui vient d'être émis.

Voici les résultats du vote pour la présidence :

Votants : 51.

MM.	Guénard,	37 voix.	MM.	Dubois,	1 voix.
	Ducournau,	4		Dubrac,	1
	Nux,	3		Dunogier,	1
	Lemerle,	2		Bulletin blanc	1
	Tourtelot,	1			

M. le Dr Guénard. — MM. je suis plus ému, que M. Choquet tout à l'heure et je ne vois pas ce qui vous a fait porter vos voix sur mon nom, car, dans ce congrès-ci, je n'ai rien fait que présider quelques séances. Je vous remercie d'avoir bien voulu apporter dans vos discussions l'aménité que vous y avez apportée. Cela a rendu ma tâche facile.

Je vous remercie de la confiance que vous mettez en moi pour

1896 et je ferai tout mon possible pour la justifier. (*Triple salve d'applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — MM. si vous le voulez bien, nous allons procéder à la nomination du bureau central.

Vous avez six noms à choisir.

M. LE Dr GUÉNARD. — On avait dit qu'il serait bon et utile de conserver pour 1896 le secrétaire général de ce congrès, car il est au courant de tout.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Sauvez acceptera. Les membres venant, par le nombre des voix, à la suite des six membres élus remplaceront les démissionnaires s'il y a lieu. M. Sauvez, secrétaire général, devrait être renommé dans l'intérêt du Congrès.

M. BRUGEILLE. — Le secrétaire général devrait être nommé pour plusieurs années.

M. LE PRÉSIDENT. — Cela est impossible et contraire au règlement. Vous n'avez qu'à porter vos voix sur M. Sauvez.

(*Vote et dépouillement.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Voici le résultat du scrutin pour la nomination du bureau central :

Votants : 48.

MM.	Dr Sauvez,	40 voix.	MM.	Queudot,	14 voix.
	Lemerle,	38		Stévenin,	9
	Choquet,	38		Godon,	8
	Ducournau,	34		Dubois,	7
	F. Jean,	25		Dubrac,	7
	Loup,	16		Anjubault,	4
	Amoëdo,	15		Roy,	3

En conséquence, sont élus membres du bureau central MM. Sauvez, Lemerle, Choquet, Ducournau et F. Jean. Vous avez à nommer un sixième membre pour compléter le bureau.

M. SCHWARTZ. — En présence du dernier vote, je crois que nous pourrions passer outre et procéder à un vote par acclamation.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous êtes toujours maître de vos décisions et vous pouvez proposer un vote par acclamation.

M. LE Dr ROY. — Je ne fais aucune opposition au candidat que l'on propose ; mais, si vous procédez ainsi, vous créerez un précédent fâcheux. Quand il s'agit de voter sur les personnes, ne le faites jamais par acclamation, le vote ne présente pas la même valeur et peut ne pas être toujours sincère, étant donné le mode de procéder.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets la proposition de M. Schwartz aux voix. (*Repoussée.*)

M. LE Dr BELTRAMI. — Je propose de profiter du vote émis et de nommer la personne qui vient à la suite par le nombre des voix. Cela gagnerait du temps.

M. LE PRESIDENT. — Je pense qu'il y a lieu d'adopter la proposition de M. Beltrami. Vous pourriez, au lieu de voter sur un nom, voter sur trois ou quatre qui seraient en quelque sorte membres suppléants pour remplacer les vacances qui pourraient se produire.

En conséquence, si vous le voulez bien, vous allez procéder à un

nouveau vote en mettant quatre noms sur vos bulletins. Il est bien évident que le premier de ces noms complétera le bureau centra et les autres les membres démissionnaires, s'il se produit des démissions.

(*Vote et dépouillement.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Voici les résultats de l'élection complémentaire.

Votants : 45.

MM.	Loup,	38 voix.	MM.	Queudot,	27 voix.
	Amoëdo,	29		Stévenin,	11

En conséquence, M. Loup est nommé membre du bureau central et les trois autres seront appelés à compléter ce bureau si des vacances se produisent.

La parole est à M. Schwartz.

M. SCHWARTZ. — Avant de nous séparer et au nom des dentistes de province que j'ai consultés, je remercie le bureau central de l'organisation de ce Congrès et de l'idée à laquelle il a obéi, la décentralisation. Nous devons tous partager la peine et nous appuyer. Pour cela le bureau a pris une bonne décision. Nous pouvons maintenant nous tendre la main, il n'y a d'arrière-pensée nulle part.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous pouvions le faire avant.

VOIX. — Oui, oui.

M. SCHWARTZ. — Aussi je vous ai déjà dit cela et n'ai pas à vous le répéter. Nous remercions M. Dubois de la façon dont les débats ont été conduits. Les dentistes de province remercient le bureau local de la façon gracieuse avec laquelle il les a reçus et de son hospitalité cordiale. Au nom des dentistes provinciaux, je remercie le bureau central et le bureau local de Bordeaux. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Au nom du bureau national, je remercie M. Schwartz et les membres du Congrès de leurs félicitations.

Il ne faut pas oublier que nous avons demandé aux fournisseurs de bien vouloir nous apporter leurs instruments les plus récents. Je me rappelle avoir recueilli, dans une excellente conversation avec M. Amoëdo cette remarque judicieuse, qu'à son avis les dentistes n'allaient pas assez souvent chez les fournisseurs. Aujourd'hui ceux-ci sont venus à nous, en s'imposant d'assez grands frais de déplacement. Nous serons heureux de leur montrer l'intérêt que leurs efforts suscitent.

Il y a beaucoup de dentistes de province qui ne connaissent le fournisseur que par la valise du voyageur.

Je crois que nous avons eu à cet égard la bonne fortune d'un ensemble véritablement important, ensemble qui peut être vu sur place, grâce à la libéralité de M. Diparraguerre, membre du bureau du Congrès, que nous sommes heureux de remercier publiquement. (*Applaudissements.*)

De plus, nous avons aussi ce soir le banquet. A ce banquet nous espérons vous voir nombreux, comme nous vous avons vus nombreux à toutes les séances, et là nous pourrons véritablement nous sépa-

rer en souhaitant à tous les congrès futurs le succès éclatant qu'a obtenu le Congrès de Bordeaux.

M. Schwartz. — Je suis très malheureux, et beaucoup sont comme moi, quand je vois des catalogues illustrés envoyés par des maisons américaines. Cela est très intéressant au point de vue des yeux, mais c'est tout. Nous devrions émettre le vœu que les maisons importantes voulussent bien donner la traduction du texte anglais.

Un membre. — Les maisons commencent à le faire et ont promis de le faire.

M. le Dr Beltrami. — Ne nomme-t-on pas le bureau régional?

M. le Président. — Le bureau régional sera nommé par les dentistes de la région où se tiendra le Congrès. Comme celui-ci a été nommé, tous les dentistes de la région ayant adhéré au Congrès l'éliront.

Les dentistes de Nancy, puisque Nancy a été désigné, se réuniront et nommeront eux-mêmes un bureau régional. Vous comprendrez que vous, vous ne pouvez le faire.

En apprenant cette bonne nouvelle que le congrès se fera chez eux, ils vont faire de nombreuses recrues, faisant acte d'adhésion au congrès futur. Ils feront comme on a fait ici.

M. le Dr Beltrami. — Il y a, a-t-on dit, trois tiers : un tiers pris dans la région parisienne, un tiers pour la région du congrès. Quand sera nommé le troisième tiers?

Un membre. — A la première séance, par les congressistes du prochain congrès.

M. le Président. — Il est évident que si vous nommiez ici le troisième tiers, vous feriez des mécontents, tandis qu'en ne le faisant pas vous ferez naître des espérances légitimes. Vous avez avantage à vous assurer le plus grand nombre d'adhérents. C'est pour cela que nous avons proposé que la dernière fraction du bureau soit nommée le congrès réuni.

M. le Dr Roy. — J'appuie la proposition de M. Dubois, mais je tiens à dire un mot au sujet du mode d'élection de ce tiers.

Il y aura, en effet, une séance d'ouverture présidée par une sommité de la ville où le Congrès se tiendra. Il ne serait peut-être pas aimable de faire assister cette personne à un scrutin. Vous l'avez vu cette année: nous avons failli avoir une discussion au sujet de cette élection, débat qui aurait pu être fâcheux et qu'on n'aurait pas compris. Pour éviter une chose comme celle-là, il serait préférable qu'il y eût avant la séance officielle une petite séance consacrée exclusivement à l'élection de ce troisième tiers du Bureau.

M. le Dr Beltrami. — Il ne faut pas que ces membres soient nommés après la séance d'ouverture. Dès que la personne qui la préside quitte la salle, on commence à rentrer chez soi. Pourtant ce serait le bon moment pour voter.

M. le Dr Roy. — Je crois que les élus dont je viens de parler ont le droit d'assister comme membres du bureau à la séance officielle, c'est pourquoi je propose leur élection avant cette séance.

M. Godon. — Il est question de former un comité local, mais on ne se demande pas comment on procédera. Le moyen, c'est l'annonce faite dans nos journaux priant les dentistes de la région où se tiendra le Congrès d'envoyer leur adhésion, et, aussitôt que le nombre sera suffisant, on leur transmettra les décisions prises ici. C'est ce qu'il convient de faire.

M. le Président. — Le Congrès de 1895 est clos.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

L'un des secrétaires,
Dr Roy.

ERRATA.

A la séance du 17 août, page 743 (*Odontologie* n° 12 — 1895), les paroles suivantes ont été prononcées par *M. Ducournau* et non par M. Dubois :

« Lorsque nous avons créé l'école dont j'ai été l'un des fondateurs, notre but était le relèvement professionnel, et cela au détriment même de nos intérêts, comme en élargissant comme nous l'avons fait le champ des études odontologiques, nous avons augmenté le nombre de dentistes capables. Il fallait arriver à lutter avec avantage avec les dentistes étrangers qui étaient tout-puissants, car depuis un siècle, en France, la profession a été abandonnée même parfois à des domestiques de dentistes.

« Eh bien, messieurs, en créant l'école, nous avons relevé le niveau moral professionnel. Nous ne sommes plus des dentistes, mais des hommes considérés, car bien souvent il m'est arrivé d'être dans la société et quand on me demandait : « Que faites-vous ? » Je n'osais pas dire : Je suis dentiste.

« J'espère que dans quelques années chacun de nous pourra être glorieux d'être dentiste, mais pour cela la création des écoles était indispensable. »

Les paroles prononcées par M. le *Dr Tourtelot*, page 743 (*Odontologie* n° 12-1895) doivent être rétablies ainsi : « M. Roy a dit qu'il fallait créer une grande quantité de dentistes. A mon sens, multiplier les écoles est un moyen de rabaisser le niveau des études. Que les Parisiens tirent toute la couverture à eux et gardent leurs écoles pour faire des dentistes. »

Séance du 17 août (matin), page 22 (*Odontologie*, n° 1-1896), les paroles prononcées par M. le Dr Tourtelot dans la discussion sur la communication de M. Godon sont les suivantes :

« Les dents ne peuvent pas être assimilées à des tubes de verre ou d'ivoire, attendu que la dent est un organe susceptible de se modifier sous une obturation, et que le milieu atmosphérique dans lequel se trouvent les dents dans la bouche est soumis à des variations de température et d'humidité auxquelles M. Godon n'a pu soumettre ses tubes, pour que ses expériences soient concluantes. »

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 8 *janvier* 1896.

Présidence de M. Martinier, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures 20.

M. le Dr Roy, secrétaire général, donne lecture d'une lettre par laquelle M. Francis Jean, président, retenu par un deuil de famille, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Dr Roy. — A la dernière réunion, lors de la communication de M. le Dr Bernard sur le mal perforant buccal, j'ai fait remarquer à l'auteur qu'il n'avait pas mentionné dans son historique le cas de Labbé, qui est le premier cas connu dans la science. Il m'a répondu que dans ce cas il s'agissait d'une simple résorption alvéolaire. Rentré chez moi, j'ai consulté le texte et il s'agit bien, ainsi que je l'ai dit, d'une perforation ; le passage suivant vous en convaincra. (*Il en donne lecture*). Cela, simplement pour vous faire constater que j'avais raison de classer le travail de Labbé parmi les cas de mal perforant buccal.

I. — Pompe a salive a action continue, par M. Quincerot.

M. Quincerot. — Jusqu'à présent le dentiste n'a pas été bien avantagé en fait de pompe à salive. J'ai donc essayé de faire mieux et j'ai recouru à des vases à renversement. Quand un flacon est plein de liquide, celui-ci s'écoule dans l'autre si l'on retourne l'appareil. Je me sers de cette pompe (il la présente) depuis assez longtemps avec avantage ; celle-ci ne constitue qu'un essai, mais elle montre l'essentiel de l'appareil.

DISCUSSION

M. Loup. — Où va la salive ?

M. Quincerot. — Dans les flacons.

M. Loup. — Alors la salive mélangée à l'eau fait l'absorption de l'autre flacon ?

M. Quincerot. — Quand c'est un nouveau flacon, on change les vases, ainsi que tous les tubes, si l'on veut, puisque tout est mobile.

M. Swaycarski. — Il suffit de changer le tube de verre qui est en communication avec la personne.

M. Godon. — Ne pourriez-vous pas mettre un flacon recevant la salive sur le parcours ?

M. Quincerot. — Si, mais cela compliquerait l'appareil.

M. Godon. — Le seul inconvénient, c'est de voir la salive se mélanger au liquide, car cela n'est pas très propre.

M. Quincerot. — Il est facile d'y obvier avec du verre de couleur.

M. Dubois. — Le principe du siphon, sur lequel repose cette pompe, permet des applications nombreuses. En 1887 j'ai présenté ici une pompe basée sur le siphon. Toutefois j'ai abandonné cette

pompe, ainsi d'ailleurs que toute autre, car aucune ne protège contre le suintement ; elles n'agissent que quand la bouche est pleine. Toutefois, il y a des cas où elles peuvent rendre des services, mais jamais elles ne remplaceront la digue, la ouate et même le tampon ; conséquemment, même celles qui sont très simples peuvent demeurer sans emploi, car elles gênent quelque peu, sans être de grande utilité. Cela s'applique aux pompes en général et non pas seulement à celle qui nous est présentée ce soir, dont je reconnais toute l'ingéniosité.

M. Quincerot. — La pompe à salive ne peut certainement pas remplacer la digue, mais quand il y a écoulement, elle est utile.

II. — Clamps nouveau modèle, par le Dr Ivory.

M. Martinier. — Bien que cela ne figure pas à notre ordre du jour, comme nous avons parmi nous le Dr Ivory, qui a présenté au Congrès de Bordeaux une série de clamps, je vais donner la parole à l'inventeur de ces instruments.

M. le Dr Ivory. — Les clamps que je vous présente ont à la face inférieure deux petites ailes qui pénètrent dans le trou de la digue et enserrent ainsi la dent. Ces clamps se placent sur toute espèce de dents.

Un autre clamp possède en arrière une sorte de prolongement qui force la digue à s'écarter de la dent ; il est très pratique pour l'obturation de la face distale. Quand il est en place, la digue est forcément écartée. On peut faire l'obturation sans prendre de point d'appui sur une dent éloignée.

Un clamp d'un autre genre prend la molaire au-dessous de la gencive et facilite l'obturation des cavités au-dessous de celle-ci.

Un clamp permet l'application des serviettes ; un autre permet de placer la digue sur les incisives inférieures ; un troisième est destiné à l'obturation des faces labiales des incisives supérieures : il peut se monter et s'abaisser à volonté.

Voici un séparateur qui a l'avantage de n'être actionné que par une seule vis.

Un appareil destiné à fixer les matrices autour des dents, quelles qu'elles soient.

Un tire-nerf en forme de tire-bouchon sans barbes ; on enroule le nerf autour et l'on tire : on s'en sert aussi pour le nettoyage des canaux.

Un appareil pour les articulations de Garretson : on place dans l'oreille les deux parties en caoutchouc et on force la vis sur le menton.

Une précelle à souder ; on place les deux pièces à souder dans la position voulue et elles se soudent au-dessus de la flamme.

Une seringue pour injecter des médicaments dans les canaux ; elle est munie d'une pointe en platine et, pour que les médicaments ne sortent pas, il y a de petits bouchons.

Enfin voici un appareil destiné à maintenir la moustache de l'opéré.

L'orateur, qui s'exprime en anglais, et dont les explications sont

traduites par M. Godon, remercie l'assemblée de l'attention qu'elle lui a prêtée et formule le regret de ne pouvoir s'expliquer en français pour témoigner à la Société le plaisir qu'il éprouve d'assister à sa réunion.

DISCUSSION

M. Dubois. — M. Barbe a présenté en 1885 un clamp avec une encoche de construction analogue.

M. Martinier. — Le caoutchouc se détachait de même.

M. Bonnard. — Le clamp de M. Barbe portait deux encoches, mais il y avait en plus une cuiller destinée à tenir la joue et la langue écartées.

M. Godon. — M. Barbe a fait des clamps ingénieux, mais dans ceux-ci il y a des modifications intéressantes.

M. Dubois. — Il y a certes là une série de moyens qui sont très ingénieux, mais si nous devons revendiquer la priorité pour un des nôtres, comme c'est le cas ici, cela ne nous empêche pas d'applaudir aux présentations de M. Ivory.

III. — LA FIN D'UNE TRANSPLANTATION, PAR M. GODON.

M. Godon. — J'ai fait à la Société, le 8 octobre 1889, une communication sur une transplantation avec double greffe hétéroplastique et autoplastique, communication qui a paru dans le numéro de novembre de l'*Odontologie*, pages 554 à 556. Il s'agissait d'une deuxième bicuspide supérieure, atteinte de carie du 4e degré, extraite et remplacée par une petite molaire avulsée cinq jours auparavant à une jeune fille de 17 ans et conservée dans l'eau et l'alcool. Comme cette dernière dent était plus petite que l'autre, j'avais ajouté une cale pour la maintenir dans l'alvéole et j'avais, à cet effet, découpé à la scie un morceau de racine avec le périoste et fait glisser le tout ensemble dans l'alvéole. Deux jours après je constatai une légère périostite ; au bout de dix jours, la dent était tout à fait consolidée et je pus enlever les ligatures.

Cette cale fut supportée deux ou trois mois ; chassée petit à petit, elle tomba enfin. La dent était restée solide ; je vous l'ai présentée trois mois après. J'avais cru à ce moment-là ne pas devoir toucher à la pointe de la racine, ni à la pulpe, ni au canal, comptant sur les bons effets de l'antisepsie que j'avais observée, car j'ai remarqué que, quand on ne respecte pas la pointe, il y a souvent des résorptions.

Cette dent était encore dans la bouche du patient il y a quelques mois, lorsqu'elle finit par lui tomber dans la main.

Je ferai remarquer à ce propos que presque toutes les implantations finissent comme cela. Je me souviens qu'un de nos anciens auteurs, Maury, signalait ce fait. C'est la deuxième observation que j'ai la chance de pouvoir vous présenter. La dernière était une réimplantation faite suivant les règles ordinaires, et la dent est tombée d'une façon semblable. Celle-ci est une transplantation

où la dent, après avoir fourni une longue carrière, tombe brusquement, la racine une fois résorbée.

DISCUSSION

M. Choquet. — En 1887, quand j'étais à Toulouse, je vous ai présenté une transplantation avec une dent sèche. Celle-ci est tombée par la suite, quoiqu'elle fût solide, pendant que le sujet mangeait une croûte de pain. On y remarquait des lacunes extrêmement grandes.

Voici un morceau de maxillaire de chien auquel j'ai fait une transplantation. J'avais retiré une dent à un chien et je l'avais transplantée à un autre immédiatement. Au moment d'abattre ce dernier, je l'ai ligotté ; la circulation sanguine existait, mais non la circulation nerveuse, et il y avait une résorption très marquée, dont vous verrez les traces sur ce reste de préparation. Ce semblant de nécrose avait pris sur toute la périphérie de la racine.

Dans quelque temps je vous présenterai le résultat d'une transplantation faite il y a un an.

M. Lemerle. — Il y a quelques années j'ai fait ici une réimplantation de grosse molaire inférieure, et la dent est tombée au bout d'un an et quelques mois, ce qui corrobore ce qui vient d'être dit.

M. Meng. — Je vous ai montré une personne à laquelle j'ai fait des implantations : la racine portait des traces de résorption et s'était résorbée en effet, mais il y avait une perte de substance considérable. Dans l'implantation, comme dans la transplantation, les racines se trouvent rongées.

M. Dubois. — Il est très intéressant qu'on nous apporte des résultats d'opérations éloignées. Pour mon compte, j'ai toujours combattu l'enthousiasme provoqué par la greffe. En Amérique, on a fait une statistique sur la greffe et montré que les racines des dents se résorbaient au bout de peu d'années. J'ai emprunté à l'*American system of dentistry* quelques cas que j'ai signalés dans l'*Aide-mémoire*. En suivant le résultat de nos opérations, comme l'a fait M. Godon, nous pourrions nous former une opinion très nette sur leur valeur.

M. Joseph. — Le mécanisme ne peut être résolu que par voie expérimentale et c'est bien dans la voie suivie par M. Choquet qu'il faut chercher ; mais que signifie sa démonstration, s'il ne nous dit pas ce que sa pièce présente d'intéressant dans le mécanisme de la consolidation ?

M. Choquet. — J'avais voulu me rendre compte des désordres qu'on peut rencontrer dans la greffe et c'est pour cela que j'ai fait cette préparation. J'ai eu des insuccès dans chaque cas, qu'il s'agît de réimplantation, de transplantation, etc. Autour des racines on peut voir des traces de décalcification et, quand c'était frais, on voyait une zone nécrosée. L'ordre du jour portant une communication sur une transplantation, j'ai cru utile de vous présenter cette préparation microscopique.

M. Joseph. — Quand la phase de consolidation est complète, il n'y a presque pas de ligne de démarcation ; on constate des irrégu-

larités, un dessin déchiqueté, un petit espace. Il est regrettable que M. Choquet ne nous donne pas l'explication de ce mécanisme.

M. Choquet. — Je n'avais pas de lacune autour de ma dent.

M. Bonnard. — L'intervention de M. Choquet a pour but de confirmer l'observation de M. Godon et je suis étonné de la critique de M. Joseph.

M. Martinier. — Il faudrait essayer de clore cette discussion. M. Godon nous apporte un résultat, M. Choquet nous dit qu'il a fait des recherches, M. Joseph réclame la cause de la résorption constatée et M. Choquet répond qu'il nous fera une présentation dans quelque temps ; nous en serons très satisfaits. Il n'y a pas autre chose.

M. Godon. — Je suis heureux de la discussion qui a été soulevée, car elle prouve que, qu'il s'agisse de transplantation ou d'implantation, les résultats ne paraissent pas très durables. Je regrette toutefois que nous n'ayons pas de statistique plus complète sur cette question.

M. le Dr Sauvez. — On ne nous a pas dit s'il s'agissait de dents sèches ou de dents fraîches dans les opérations signalées. M. Godon a laissé, lui, sa dent pendant 6 jours dans un antiseptique ; il n'y a donc pas eu greffe, mais transplantation, et il convient de faire cette distinction, car ce que l'on dit de l'une ne pourrait s'appliquer à l'autre.

M. Godon. — De l'ensemble de nos essais, qu'il s'agisse de dents sèches ou de dents fraîches, il résulte qu'il y a résorption.

M. Choquet. — En s'en rapportant à la théorie de Frœdel, il faut que vous ayez l'intégrité du périoste. Or, nous trouvons un périoste rongé ; nous ne sommes pas dès lors dans les conditions voulues d'intégrité vitale.

M. Martinier. — Il y a un terrain d'étude ici pour cette question et, dans mon service de redressement, où l'on est souvent obligé d'extraire des dents saines, je pourrai rendre des services à ceux qui voudront l'examiner de près.

M. Meng. — Il n'est pas nécessaire qu'une dent soit arrachée pour qu'il y ait résorption des racines.

M. Martinier. — Alors ce sont des désordres consécutifs à une carie du 4e degré.

IV. — Ulcérations a la suite d'injections de cocaïne, par M. Godon.

M. Godon. — J'ai constaté sur une personne des ulcérations à la suite des piqûres résultant d'injections de cocaïne et j'en étais très étonné, quand je m'aperçus qu'elle portait une pièce de prothèse assez mal tenue ; comme elle appliquait cette pièce immédiatement après l'obturation pour laquelle j'avais fait des injections, la piqûre s'infectait. J'ai alors sectionné une partie de l'appareil et la plaie s'est fermée. Je vous engage donc, quand vous ferez des piqûres, à vous assurer s'il y a contact avec les pièces prothétiques.

V. — Deux cas d'éruption tardive, par M. le Dr Roy.

M. le Dr Roy donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Lemerle. — Les éruptions tardives ne sont pas rares. Je citerai une dame d'un certain âge, au milieu du palais de laquelle je trouvai une canine dont je fis l'extraction, ainsi qu'un homme de 68 ans qui présentait une canine érodée.

M. le Dr Roy. — J'ai tenu à faire remarquer l'exostose que présentent toutes les dents à éruption vicieuse.

M. Godon. — J'ai observé un cas analogue chez une dame de 68 ans passés.

M. Bonnard. — J'ai rencontré chez une dame de 62 ans une dent conoïde.

VI. — Présentation d'instruments divers, par M. d'Almen.

M. d'Almen. — Voici un stérilisateur de cabinet, qui est à la fois pratique, indispensable et élégant.

DISCUSSION

M. Dubois. — Ce stérilisateur est surtout pratique parce qu'il contient peu de liquide, tandis que les appareils de ce genre sont d'ordinaire des récipients d'un grand volume qui doivent s'infecter par l'immersion répétée des instruments, de plus, il n'est pas aisé de se débarrasser d'une grande quantité de liquide, tandis qu'avec le stérilisateur de M. d'Almen, il est facile de renouveler le liquide antiseptique.

VII. — Nouveau réflecteur démontable pour lampe de cabinet, par M. Boutelié

M. Boutelié. — Le nouveau réflecteur pour lampe de cabinet que j'ai l'honneur de vous présenter, est construit de façon à pouvoir se poser sur n'importe quelle lampe à gaz ou à pétrole et quel que soit le diamètre de la galerie.

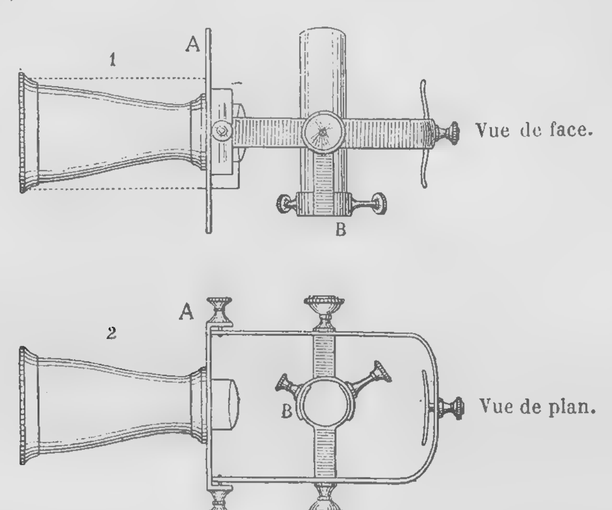
Il possède tous les mouvements du réflecteur de la lampe Telschow ; la plaque garde-lumière est de dimensions plus grandes, de façon à éviter le rayonnement de la chaleur.

Cet appareil se divise en deux parties : le support et la lorgnette, ce qui permet de le transporter facilement ; je crois qu'à ce point de vue, il peut rendre des services aux dentistes qui voyagent et qui ne veulent pas augmenter leur matériel d'une lampe spéciale pour le cabinet.

En résumé, le but que j'ai voulu atteindre est d'éviter la dépense d'un appareil spécial, puisque toute lampe peut servir.

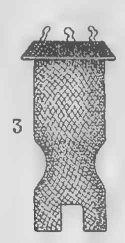
Permettez-moi, si je n'abuse pas de vos instants, de vous montrer en même temps, une chemise en tissu d'amiante se plaçant sur le verre, avec laquelle le rayonnement de la chaleur est fortement amoindri et dont la transparence donne encore suffisamment de

lumière pour permettre à l'opérateur le choix des instruments, médicaments, etc.



A. Plaque à glissière permettant le déplacement de la lentille de façon à se trouver toujours en regard du foyer lumineux, quelle que soit la lampe ou la position de la lampe.
B. Cercle s'agrandissant et se rétrécissant à volonté à l'aide de deux vis de serrage.

M. Martinier. — L'heure est avancée et nous sommes en nombreux ; ne vaut-il pas mieux ajourner le rapport du secrétaire général et les élections à la prochaine séance ?



M. Godon. — Si, mais à la condition de commencer par là, à la prochaine séance.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

L'assemblée se sépare à onze heures.

Le secrétaire général,

Dr Roy.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile ROGER,
Avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

Présidence de M. FABRE.

Audience du 4 janvier 1896.

CHIRURGIEN-DENTISTE. — EXERCICE SOUS UN PSEUDONYME. — FEMME VEUVE. — AUTORISATION DE JUSTICE.

Syndicat des chirurgiens-dentistes c. veuve Préterre.

M. Préterre, en son vivant dentiste à Paris, est décédé en juin 1893. La succession ne vendit point son cabinet ; il fut, au contraire, décidé que son exploitation en serait continuée pour son compte. Comme à cette époque la loi du 30 novembre 1892 n'était pas encore exécutoire, cette combinaison pouvait avoir lieu ; mais à partir du 1er décembre 1893, jour où la loi de 1892 est devenue exécutoire, cette exploitation pouvait-elle être légalement continuée sous le nom dudit sieur Préterre, avec le concours d'opérateurs ? Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ne le pensait pas ainsi. Aussi, voyant que ses protestations contre un état de choses qu'il considérait comme une violation de la loi restaient inutiles et vaines, il résolut de déférer la question aux tribunaux. A cet effet, il assigna deux opérateurs qui lui avaient été désignés comme dirigeant effectivement le cabinet, les sieurs Walton et Peters.

Depuis la loi de 1892, disait-il dans son assignation, la profession de dentiste n'est plus libre, et toutes les dispositions de cette loi s'accordent pour en faire une profession essentiellement personnelle. Ainsi la loi punit ceux qui, munis d'un titre régulier, prêtent leur concours à des non-diplômés pour les soustraire aux prescriptions de la loi, art. 16 § 3 ; elle prohibe l'exercice sous un pseudonyme, ordonne l'enregistrement des diplômes comme contrôle, en un mot elle veut que la direction effective du cabinet ait lieu par le diplômé, elle exige dans son économie générale, que la gestion, la direction soit effectivement faite par celui qui est le titulaire du cabinet. Si donc le propriétaire d'un cabinet vient à décéder, il doit être remplacé immédiatement par une autre personne ayant qualité pour exercer et exerçant, de fait, sous son propre nom. A la tête de chaque cabinet dentaire il faut un chef, responsable et apte à l'exercice. Or, ajoutait le Syndicat, MM. Walton et Peters dirigent le cabinet : ou bien ils en sont les propriétaires, et alors ils exercent sous un pseudonyme, puisque le nom de Préterre figure toujours sur les plaques et enseignes ; ou bien c'est un tiers qui tire profit du cabinet, qui en est le propriétaire, et alors ils sont des prête-noms. A quelque point de vue qu'on se place, on se trouve en présence d'un texte prohibitif et répressif même. Et comme, plus

tard, le Syndicat apprit que l'administration du cabinet avait été confiée par justice à Mme veuve Préterre, celle-ci fut également mise en cause.

Voici quelle était la thèse du Syndicat en ce qui la concernait : Mme veuve Préterre, dans la perpétration du délit, joue le rôle de co-auteur ou de complice, puisqu'en définitive elle tire profit de l'exploitation illégale du cabinet de son mari. Le principe de la personnalité professionnelle s'oppose à ce qu'une femme veuve d'un dentiste puisse, en l'absence d'un texte législatif, exploiter ou faire exploiter le cabinet de son mari pour son compte personnel ou pour le compte de sa succession. Lorsque la loi entend accorder un délai à la veuve pour lui donner le temps de céder une officine, elle le dit expressément, comme elle l'a fait pour les veuves de pharmaciens.

La loi de 1892 n'a rien dit de semblable; donc l'exploitation d'nn cabinet de dentiste ne pouvant rester un seul instant sans un titulaire responsable, la logique veut que le cabinet Préterre soit vendu; et la justice est impuissante à donner une autorisation à une veuve, autorisation qui créerait un état de rébellion permanent à la loi de 1892. L'autorisation de justice, disait-on, ne peut aller jusqu'à créer une situation anomale, une antinomie.

Le 4 janvier 1896, le tribunal a rendu le jugement suivant :

Le tribunal :

Attendu qu'il est justifié que Peters et Walton, qui ont le droit d'exercer l'art dentaire, ne sont que des employés dans le cabinet Préterre ; qu'ils ne devraient donc pas être retenus même si ce cabinet où ils louent seulement leurs services avait été dirigé par un dentiste prenant un pseudonyme;

Que la veuve Ferguson, veuve divorcée Préterre, n'a pas non plus commis le délit qui lui est imputé; qu'au décès de son mari, en 1893, elle a été, par autorité de justice, constituée séquestre du cabinet qu'il exploitait; qu'elle l'est encore aujourd'hui ; qu'elle avait donc le droit et le devoir de conserver audit cabinet le nom de Préterre; qu'en faisant le contraire elle eût causé un préjudice à la succession et engagé sa responsabilité ;

Qu'au surplus l'usage du nom de Préterre ne saurait être considéré comme une usurpation de la part de la dame Ferguson ; que la femme divorcée a le droit de conserver le nom de son mari si le nom a une valeur commerciale importante acquise pendant le mariage et grâce aux efforts communs ;

Par ces motifs,

Renvoie les prévenus des fins de la plainte.

D'une part, les opérateurs cités sont venus dire : « Ce n'est pas nous qui avons la direction du cabinet. Nous opérons sous le contrôle et la responsabilité de M. A... » Or comme M. A. n'était point en cause, la poursuite contre eux devenait caduque, faute de cause. Voilà les difficultés que nous pouvons rencontrer quand il s'agit de faire des investigations en dehors du parquet. Les particuliers n'ont pas les mêmes moyens d'action et d'information. Les renseignements particuliers nous donnent MM. Y. ou Z. comme remplissant

telles fonctions prohibées par la loi ; à l'audience on vient dire : « Nous ne sommes pas le directeur, c'est M. A. » Le renvoi des prévenus s'imposait, puisqu'en réalité le délit reproché ne leur était pas imputable.

D'autre part, le jugement porte que Mme Ferguson, veuve Préterre, ayant été, en 1893, constituée séquestre du cabinet, avait le droit et le devoir de conserver audit cabinet le nom de Préterre.

Nous le disons avec tout le respect qui est dû à la chose jugée, nous ne pouvons nous associer à une semblable théorie. Nous aurions compris que le tribunal eût prononcé un acquittement fondé sur ce motif que Mme Ferguson, ayant été nommée séquestre par justice, avait été entièrement de bonne foi, et qu'en conséquence, il y avait lieu de la renvoyer des fins de la plainte. C'est précisément parce qu'elle pouvait se retrancher derrière l'excuse de la bonne foi, et en présence de cette constatation de fait que les sieurs Peters et Walton étaient couverts par un directeur qui n'était pas en cause, que cette décision n'a point été déférée à la Cour d'appel. Mais nous ne pouvons admettre qu'à défaut d'une disposition de loi accordant aux veuves des dentistes un délai pour céder le cabinet de leur mari, la justice puisse permettre une exploitation qui serait la négation même de la loi. C'est une lacune dans la loi de 1892, soit ; mais le juge ne peut la combler. C'est au législateur seul qu'il appartient d'apporter le remède. Nous ne pouvons faire que constater cette lacune et appeler l'attention du législateur sur elle.

Aussi nous disons que l'autorité judiciaire ne peut, dans l'état actuel de notre législation, commander l'inobservation d'une loi et autoriser la veuve d'un dentiste, en cas de difficultés entre héritiers, à exploiter, comme séquestre, le cabinet de son mari. Les cabinets ainsi tenus ne répondent plus au vœu de la loi, qui, d'une part, réclame la personnalité, et qui, d'autre part, est muette sur le délai accordé à la veuve pour céder le cabinet de son mari. Je ne dis pas qu'il n'y ait pas là une situation choquante, digne d'intérêt, mais la parole est au législateur et non aux tribunaux.

Pour nous, il n'est pas douteux que si le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France formait tierce-opposition au jugement qui a nommé Mme Ferguson séquestre du cabinet, il obtiendrait la réformation de cette partie du jugement comme illicite et contraire à l'ordre public.

Quels sont les intéressés à faire cesser l'exploitation de cabinets dans ces conditions? Ce sont évidemment les jeunes diplômés, qui seraient lésés si la coutume d'autoriser les veuves se généralisait. Il faut un texte, comme en pharmacie; cela peut, dans certains cas, paraître rigoureux : *Dura lex, sed lex*.

Quant au droit pour la femme divorcée de conserver le nom de son mari, si ce nom a une valeur commerciale importante acquise pendant le mariage et grâce aux efforts communs, cette théorie du jugement ne peut être applicable à la profession de dentiste pas plus qu'à celle de médecin. D'abord les dentistes

n'exercent point le commerce et ne peuvent être considérés comme des commerçants[1]; ensuite, et en fait, on peut se demander quelle est la part de collaboration de la femme dans l'exploitation d'un cabinet dentaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONGRÈS DE NANCY

Nous entrons dans la phase active de la préparation du Congrès de Nancy. Ainsi que nous l'avons fait connaître dans notre numéro de janvier, le bureau central a été constitué en une réunion tenue sous la présidence du Dr Guénard. Les questions ont été adoptées, ainsi que le texte des circulaires à envoyer aux dentistes de toute la France. Nous les reproduisons plus loin.

Le bureau local reste à constituer ; cela incombe à nos confrères de la région du Nord-Est. Nous sommes convaincu qu'ils tiendront à montrer : que chez eux, les dentistes progressistes et dévoués aux intérêts généraux de la profession ne manquent pas. Ils feront en sorte que le Congrès de Nancy leur fasse honneur aux yeux de tous.

Puisqu'il n'existe pas encore de société professionnelle en Lorraine, voici une excellente occasion de la créer. Ceux qui connaissent les dentistes de cette région savent que les éléments pour une semblable société n'y font pas défaut.

C'est pourquoi nous avons la conviction que cette première phase préparatoire du Congrès de Nancy sera un gage de succès pour le reste.

P. D.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE NANCY

20-21-22 *août* 1896

Président du Congrès : Dr Guénard, de Bordeaux

Bureau central (Paris)

Président..................	Dr E. Sauvez
Secrétaire général.........	Choquet
Trésorier..................	Ducournau
Secrétaire.................	Loup
Membre.....................	Fr. Jean
id.	Lemerle

Paris, le 31 janvier 1896.

Monsieur et cher confrère,

L'année dernière, pour la première fois, a eu lieu un Congrès dentaire national, auquel ont pris part 150 dentistes environ, venus de tous

1. V. MM. Roger et Godon, *Code du chirurgien-dentiste*, p. 87 et suiv.

les points de la France. Ce Congrès s'est tenu à Bordeaux les 16, 17, 18 août 1895.

Vous verrez plus loin le règlement du Congrès, tel qu'il a été modifié et adopté par les congressistes et vous pourrez constater que ce règlement est de la plus grande équité et donne satisfaction aux membres de toutes les régions de France.

Ainsi que ce règlement l'indique, le Président du Congrès de 1896 a été élu dans la dernière séance du Congrès de 1895. Cet honneur revient, pour cette année, à M. le docteur Guénard, de Bordeaux. Dans cette même séance, les congressistes ont désigné, à l'unanimité, la ville de Nancy comme lieu du prochain congrès; ils ont également nommé les six membres de la région parisienne devant former le Bureau central.

La première réunion de cette Commission a eu lieu le samedi 18 janvier, à Paris, et le Bureau central a été constitué comme vous avez pu le voir plus haut.

La date du prochain congrès a été fixée aux 20, 21 et 22 août. Comme il n'existe pas de groupement dentaire régional dans l'Est, le Bureau central a décidé de provoquer une réunion des dentistes de cette région pour leur demander de nommer 6 délégués destinés à constituer le Bureau local, et a délégué un de ses membres, pour se rendre à cette réunion.

La région de l'Est a été délimitée comme comprenant les départements suivants : Aisne, Aube, Ardennes, Côte-d'Or, Doubs, Jura, Marne, Haute-Marne, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Vosges, Yonne.

Par les quelques mots qui précèdent, nous venons de vous mettre au courant, Monsieur et cher confrère, de la genèse du congrès de Nancy.

Nous faisons appel à toutes les bonnes volontés, d'où qu'elles viennent, et nous ne voulons nous occuper que de l'intérêt général des dentistes de notre pays.

Nous espérons, Monsieur et cher confrère, avoir le plaisir de vous compter parmi les adhérents au Congrès, comme membre et comme auteur de communications et de démonstrations.

Veuillez agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

Le président du Bureau central,
Dr E. Sauvez.

Le Secrétaire général,
Choquet.

Questions à l'ordre du jour pour 1896

I. — Traitement des dents infectées.
II. — De la greffe dentaire en général ; ses résultats éloignés.

RÈGLEMENT

Article premier. — *Constitution du Congrès*

Un Congrès dentaire national se tiendra tous les ans dans l'une des grandes villes de France, dans la deuxième quinzaine d'août. Les séances dureront trois jours. Elles comporteront des démonstrations cliniques et des discussions orales sur les sujets à l'ordre du jour en odontologie. La ville qui sera le siège du congrès suivant sera désignée par le congrès dans sa dernière séance.

Art. 2. — *Conditions d'admission.*

Tous les dentistes, médecins et fournisseurs pour dentistes pourront faire partie du congrès. Un dentiste ou un médecin se recommandant

au public par la voie d'affiches, prospectus, réclames ou par tout autre moyen de publicité contraire à la dignité professionnelle, ne peut faire partie du congrès. Le Bureau central et le Bureau local peuvent refuser l'adhésion de tout dentiste ou médecin qui se trouve dans le cas ci-dessus. Il peut être appelé de cette décision devant les bureaux réunis.

Art. 3. — *Administration et Direction.*

Le congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1° Un président nommé pour l'année suivante par le Congrès dans sa dernière séance.

2° Un Bureau central de six membres de la région parisienne, nommés par le congrès dans sa dernière séance.

3° Un Bureau local de six membres, nommés par les dentistes de la région de la ville qui sera désignée comme siège du congrès.

4° Un Bureau non régional composé de six membres choisis parmi les adhérents au congrès et pris dans toute la France, région du congrès et région parisienne exceptées. Ces six membres seront nommés dans la première séance du congrès.

Le Bureau central est chargé de la direction scientifique, de la publication des travaux et de l'administration du congrès.

Le Bureau local est chargé de l'organisation matérielle du congrès : démonstrations, lieux de conférences, réceptions, fêtes.

Le Bureau non régional est chargé de représenter les congressistes qui ne font partie ni de la région parisienne ni de la région locale.

Les pouvoirs du Bureau central et du Bureau local durent jusqu'à la nomination de leurs successeurs. Leur délégué devra fournir un rapport financier et administratif au Bureau nouvellement élu, dans un délai d'un mois après la clôture du congrès.

Le Bureau central désigne six mois à l'avance la ou les questions principales qui seront mises à l'ordre du jour du congrès.

En cas de conflit, le différend est jugé en une réunion des bureaux à la majorité des voix.

Art. 4. — *Composition du Bureau.*

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

Bureau central	*Bureau local*	*Bureau non régional*
Il est composé D'un président. D'un secrét^re^ général. D'un trésorier. D'un secrétaire. De deux membres.	Il est composé D'un président. D'un secrét^re^ général. De deux secrétaires. De deux membres.	Il est composé de six membres.

Le président de chaque Bureau est vice-président du congrès.

Le Bureau local pourra s'adjoindre des commissaires ; ceux-ci n'auront pas voix délibérative.

Le président du Congrès et le président du Bureau central ne pourront être élus deux années de suite.

Art. 5. — *Modifications au règlement.*

Le présent règlement, ainsi que toute disposition qui y prendrait place, pourra être modifié par le Congrès dans sa dernière séance.

Toute proposition de modification du règlement devra réunir au moins cinq signatures et être déposée à la première séance, afin que le Bureau en délibère.

Art. 6. — Les membres du Bureau central et du Bureau local doivent se réunir dans la ville désignée le jour qui précède l'ouverture du congrès en une séance d'installation, pour régler l'ordre des discussions et statuer sur les questions financières et administratives.

Ils délibèrent en commun et décident à la majorité des voix.

Les Bureaux réunis sont présidés par le président du Congrès ; à son défaut par le président du Bureau central ou du Bureau local, la préférence étant donnée au plus âgé.

Art. 7. — Les membres des Bureaux sortants ont, de même, une séance de clôture, après la dernière séance du Congrès. Dans cette réunion, ils nomment :

1° Une commission de cinq membres chargée de la publication des travaux du congrès.

2° Un délégué chargé de la liquidation définitive. Ils approuvent les comptes du trésorier, décident sur l'emploi des fonds et transmettent leurs pouvoirs au nouveau Bureau central. Les membres de ce dernier peuvent assister à la réunion : ils ont seulement voix consultative.

Art. 8. — En dehors de ces deux séances réglementaires, les Bureaux se réunissent pendant la durée du congrès, autant de fois que cela est nécessaire.

Art. 9. — Les assemblées générales sont présidées par le président du Congrès, le banquet de clôture par le président du Bureau local.

Les séances de sections et celles de démonstrations sont présidées par les présidents et vice-présidents, d'après les désignations des Bureaux réunis.

En cas d'empêchement du président du Congrès, le président du Bureau central ou le président du Bureau local le remplacent dans l'ordre établi plus haut.

Art. 10. — Le congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques ;

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale ;

3° Prothèse et orthopédie dentaires ;

4° Déontologie et enseignement.

Art. 11. — Les questions traitées seront de deux ordres :

Les unes proposées à l'avance par le bureau central, les autres librement choisies.

Le titre, un résumé des communications et un exposé des démonstrations doivent être communiqués par leur auteur un mois à l'avance, au président ou au secrétaire général du bureau central.

Art. 12. — Toute communication ou démonstration peut être refusée si elle n'est pas produite réglementairement, ou si elle est jugée sans intérêt scientifique ou professionnel.

Les démonstrations auront lieu dans la matinée de 9 à 11 heures. Les communications orales, l'après-midi de 2 à 4 heures.

Art. 13. — Il est nommé un rapporteur pour ouvrir la discussion sur chacune des questions mises à l'ordre du jour du congrès.

Les conclusions de ces rapports sont imprimées et distribuées aux congressistes avant l'ouverture de leur discussion. Les rapporteurs et les auteurs de communications auront vingt minutes pour la lecture de leurs rapports ou communications ; les orateurs qui leur répondront ne pourront parler plus de dix minutes sans un vote de l'assemblée.

Du Comité de publication.

Art. 14. — Il est composé de cinq membres, auxquels sont adjoints le président et le trésorier sortants du Bureau central. Il décide sur l'in-

sertion des communications en tout ou partie dans les comptes rendus des travaux du Congrès.

Article additionnel. — Des dentistes résidant à l'étranger peuvent faire partie du congrès. Les communications et discussions doivent se faire en français.

Nota. — La cotisation donne droit au compte rendu des travaux du Congrès.

Une seconde circulaire sera envoyée à tous les dentistes de France lorsque le bureau local sera constitué ; dans cette circulaire, seront indiquées les communications reçues à l'époque de sa publication.

Elle comprendra également les réductions que nous aurons obtenues des compagnies de chemins de fer, une liste d'hôtels et de restaurants faisant des conditions particulières aux congressistes, et tous les renseignements utiles que nous aurons recueillis à cette époque.

Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire directement à M. le Docteur E. Sauvez, Président du Bureau Central, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

AUX DENTISTES DE L'EST

15 février 1896.

Mon cher confrère,

Ainsi que vous le verrez par la circulaire ci-jointe, les dentistes français réunis pour la première fois, l'année dernière, à Bordeaux, ont décidé de tenir leur deuxième Congrès dentaire national, à Nancy, au mois d'août de cette année.

C'est à cette occasion que nous nous adressons à vous comme faisant partie des dentistes de la région de l'Est de la France.

Le règlement du congrès voté par tous les congressistes porte, en effet, qu'un des bureaux, le bureau local, composé de six membres, doit être nommé par les dentistes de la région de la ville qui sera désignée comme siège du congrès. S'il existait une société de dentistes dans la région de l'Est, il serait tout indiqué de nous adresser à elle, mais cette région en est dépourvue.

Nous nous adressons donc individuellement à chacun de vous pour vous convoquer à une réunion que nous provoquons, dans laquelle vous nommerez les six délégués qui formeront, d'après le règlement du congrès, le bureau local.

Nous avons l'honneur de vous prier de venir, le lundi de Pâques, 6 avril, à 4 heures, à Nancy, dans la salle de l'Agriculture, rue Chanzy.

Le Président du bureau central assistera comme délégué à cette réunion.

Nous espérons que notre appel sera entendu, et que vous tiendrez à assister à cette réunion préparatoire au congrès de Nancy.

En dehors de cette question du congrès, il est fort probable que cette réunion sera le point de départ d'une Société des dentistes de l'Est. Tous les confrères de la région apprendront ainsi à mieux se connaître et à s'estimer. Ce besoin de se réunir est tel, d'ailleurs, que la région de l'Est est la seule qui ne possède pas encore de Société régionale de dentistes.

Nous vous prions, mon cher confrère, d'agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

Le président du Bureau central, Dr E. Sauvez.

Le Secrétaire général, Choquet.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

(EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION)

Séance du 11 décembre 1895.

Présidence de M. RONNET.

Présents : MM. Quénot, Bonnard, Bruel, Stévenin, Dubrac, Chauvin, de Marion, Jacowski, Ronnet, Bertaux, Hervochon.

Excusé : M. Rollin.

Il est procédé à l'élection du bureau pour l'année 1896.

Le résultat de ces élections a été publié.

Séance du 25 décembre 1895.

Présidence de M. QUÉNOT.

Présents : MM. Quénot, Bonnard, Bruel, Stévenin, Dubrac, de Marion, Hervochon, Bertaux.

Excusés : MM. Ronnet, Rollin, Jacowski.

Absent sans excuse : M. Chauvin.

La candidature de M. Crouillebois, de Toulouse, est mise aux voix et acceptée.

Sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance, les candidatures de :

MM. de Croès.	Parrains,	MM. Bonnart et Quénot.
Quincerot.	»	Bonnart et Quénot.
Ronnet.	»	Ronnet et Stévenin.
Flamens.	»	Bonnart et Quénot.
Pylmier.	»	De Marion et Hervochon.
Fabre.	»	De Marion et Quénot.

Pour répondre aux vœux de l'assemblée générale, il est nommé deux commissions pour étudier les questions relatives à la situation des dentistes dans l'armée et à l'exemption de deux années de service militaire pour les étudiants dentistes.

Séance du 23 janvier 1896.

Présidence de M. QUÉNOT.

Présents : MM. Quénot, Bonnart, Bruel, Stévenin, Dubrac, Rollin, de Marion, Ronnet, Hervochon, Jacowski.

Excusés : MM. Bertaux, Chauvin.

Les candidatures de MM. de Croès, Quincerot, Ronnet, Flamens, Guillot, Pylmier, Fabre, sont mises aux voix et adoptées.

Sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance les candidatures de :

MM. Klein.	Parrains,	MM. Bonnard et Quénot.
Rousseau.	»	Ronnet et Quénot.
Carré.	»	Bruel et Quénot.
Acher.	»	Dubrac et Quénot.

M. le *Secrétaire général* rend compte de l'état des affaires judiciaires en cours :

Affaire P., exercice de l'art dentaire sous un pseudonyme.

Le Syndicat a été débouté, les personnalités mises en cause ayant été considérées comme de simples employés et le Syndicat n'ayant pas cité la personne responsable faute de la connaître.

Affaire L., de Gray. — Il n'y a pas lieu de donner suite à cette affaire,

un supplément d'enquête ayant permis à M. L. de prouver qu'il était patenté antérieurement au 1er janvier 1892.

Affaire D., de Montbéliard. Anesthésie par un non-diplômé, renvoyée à huitaine.

Affaire H.B., de Paris. Usurpation du titre de docteur. Une enquête est ouverte.

Amendement à la loi de 1892. Plusieurs modifications sont proposées et devront être remises au député qui a accepté de les présenter aux Chambres.

Séance du 3 février.

Présidence de M. Quénot.

Présents : MM. Quénot, Ronnet, Rollin, Stévenin, Bruel, Jacowsky, Hervochon.

Excusés : MM. de Marion et Dubrac.

Absents sans excuses : MM. Bonnard, Chauvin, Bertaux.

Les candidatures de MM. Acher, Carré, Rousseau, Klein sont adoptées.

Est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance, la candidature de M. Henry Vedrenne, parrains: MM. Ronnet et Stévenin.

Il est proposé de donner plus de publicité aux travaux du conseil du Syndicat.

Il est décidé de publier tous les trois mois des extraits des procès-verbaux des séances.

Il est proposé de faire des démarches pour que les diplômes au grade de chirurgien-dentiste ne soient pas délivrés avant la majorité.

Affaire judiciaire : M. D. de Montbéliard a été condamné à 16 francs d'amende et un franc de dommages.

Une réponse à la *Revue Odontologique* a été envoyée.

Le Secrétaire des séances,
A. Dubrac.

BANQUET EN L'HONNEUR DE M. LECAUDEY

Les anciens élèves de M. Lecaudey, au nombre d'une quinzaine, se sont réunis pour lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur. Cette réunion, qui avait été remise pour différentes raisons, a eu lieu dimanche chez Marguery. Après le repas, pendant lequel n'a cessé de régner la plus franche gaieté, le plus ancien des élèves, M. Giret, a prononcé l'allocution suivante :

Mon cher maître,

J'ai dépassé la cinquantaine sans avoir pris la parole en public, et voici qu'aujourd'hui, juste à cause de cet âge, qui me fait le plus ancien de vos élèves présents à cette réunion, mes collègues m'ont chargé d'être l'interprète de leurs sentiments. Je vous demande donc, à tous, l'indulgence qu'on accorde à un débutant, fût-il à barbe grise.

Cette tâche d'ailleurs m'est bien douce et je me suis empressé de l'accepter, parce que nul plus que moi n'a été à même d'apprécier les qualités de celui que nous venons honorer dans cette réunion intime et toute familiale.

D'autres vous ont félicité de la récompense accordée par l'Etat au directeur de l'école dentaire, au président de nos associations, etc.; nous, membres de la famille de travailleurs que vous avez formée, nous

voulons féliciter l'Etat de l'heureux choix qu'il a fait en accordant à l'honorable citoyen que vous êtes une distinction si bien méritée.

Je lisais, il y a quelque temps, dans un discours de M. Poincaré : « Pour qu'une nation soit une et indivisible, il faut que chacun de ses membres ait la perception nette de son rôle dans la société, de ses devoirs, de ses droits, de ses responsabilités; il faut, en un mot, qu'il y ait, de la part de tous, une coopération réfléchie, une contribution voulue à l'œuvre générale. » Eh bien ! mon cher maître, vous êtes le membre de la grande nation dont parlait M. Poincaré. En effet, vous avez eu très jeune la perception bien nette de votre rôle dans la société. Vous vous êtes dit que l'avenir appartenait aux *laborieux*, vous avez pris pour devise « Honneur au travail » et vous nous avez donné l'exemple d'un homme qui ne demande sa fortune et son bonheur qu'à l'effort constant de sa volonté et de son énergie. En même temps homme de devoir, ami généreux et dévoué, nous vous avons toujours trouvé à nos heures tristes, à nos moments difficiles. Zélé propagateur des idées de progrès, vous avez été aussi, et avec succès, l'ardent défenseur de nos droits professionnels, apportant ainsi votre large contribution à l'œuvre générale.

Vous avez rempli, vous le voyez, mon cher maître, le programme du bon citoyen, et l'Etat vous a récompensé : c'est justice. C'est pourquoi nous sommes fiers d'être vos élèves et nous avons tenu à vous le dire, en vous apportant, en même temps que l'expression de notre attachement et de notre reconnaissance, cette médaille commémorative. Puisse-t-elle rappeler bien longtemps à votre souvenir les noms de ceux qui sont heureux de boire aujourd'hui à la santé de leur cher patron, chevalier de la Légion d'honneur !

M. Lecaudey a répondu en ces termes :

Mes chers amis,

De tout mon cœur merci pour cette fête de famille et pour le souvenir que vous en avez fait graver.

Je ne pourrais, en aucune autre réunion, éprouver une si pure et profonde joie ; des liens vivaces m'attachent à chacun de vous. En vous regardant, tour à tour, je passe en revue les différentes étapes de ma vie ; vos visages amis me rappellent telles et telles années écoulées. Camarades de la première heure, élèves d'autrefois, amis d'aujourd'hui, votre présence me fait revivre toute ma carrière, depuis mes débuts, et j'éprouve, en particulier, le sentiment heureux d'avoir conservé toutes les amitiés que j'ai pu inspirer... Les plus nombreux parmi vous sont jeunes encore : je représente le passé. C'est lui que vous venez de célébrer. Il vous adresse en retour le toast que vous avez bien voulu lui porter.

Je bois donc à vous, mes amis, et vous redis, du fond du cœur : merci !

Le plaisir de se trouver réunis a fait regretter que les occasions de ce genre ne soient pas plus fréquentes et qu'il n'existe pas de lieu où l'on puisse se rencontrer pour échanger ses idées en dehors de toute réunion officielle. On a aussitôt songé à fonder un nouveau *Cercle des dentistes*, mais un vrai *cercle* libre, sans attaches à tel ou tel groupe, école ou association, un endroit où les dentistes de Paris et de la province pourraient se rencontrer, amener un ami, etc., etc.

Séance tenante, un comité d'organisation composé de 7 membres

a été nommé sous la présidence de M. Lecaudey. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce projet.

COLLÈGE DES CHIRURGIENS D'ANGLETERRE

Le Conseil ordinaire du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre a tenu séance le 12 décembre ; il a reçu du Conseil des examinateurs en chirurgie dentaire la résolution suivante qu'il a renvoyée à l'examen d'une commission : « Le Conseil des examinateurs en chirurgie dentaire, après avoir discuté à fond la lettre du *National Dental Hospital*, ainsi que les questions qu'elle soulève, et tout en ne recommandant pas l'institution d'un examen de prothèse dentaire *pour les étudiants en dentisterie avant le commencement de leurs études de chirurgie*, est d'avis que le moment est venu de diviser l'examen de licence en deux parties et d'y comprendre la chimie, la physique et la métallurgie. L'importance de ces matières pour le dentiste ne saurait être mise en question, et on reconnaît généralement qu'avec le système actuel les candidats ne les possèdent pas suffisamment, sans doute parce qu'il n'y a pas d'examen déterminé en chimie et en métallurgie. »

(Extrait du *Dental Record*.)

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. Ducournau la lettre suivante que nous nous faisons un devoir d'insérer.

UN DIPLOMÉ...... SANS INDULGENCE !

L'article fulminant publié dans l'*Odontologie* de janvier 1896 et signé P. Martinier a été d'un laborieux enfantement, puisqu'il se rapporte aux discussions du Congrès de Bordeaux.

Il a fallu six grands mois de réflexion à son auteur pour lui donner le jour, et pourtant il assistait à la séance !

Je n'ai jamais eu l'habitude de déguiser ma pensée, et ce que j'ai dit à Bordeaux, je le maintiens aujourd'hui. — Ce ne sont pas les dénégations des uns et des autres qui me feront changer d'avis.

Loin de moi la pensée, comme me le fait dire M. Martinier, que le titre de chirurgien-dentiste d'État est sans valeur.

Le groupe dont j'ai l'honneur de faire partie n'a jamais cessé depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 18 ans, de le revendiquer, tandis que, d'autre part, on a tout fait pour que la profession reste libre, et bon nombre de ceux qui s'en prévalent aujourd'hui ne se sont inclinés devant la loi que lorsqu'ils ont vu qu'ils ne pouvaient faire autrement.

Si je n'ai pas brigué le diplôme, une fois que les Chambres l'eurent rendu indispensable pour les nouveaux venus dans l'exercice de notre profession, c'est tout simplement que, nommé examinateur par arrêté ministériel du 5 juillet 1894, je me considérais comme suffisamment diplômé par cette distinction, résultat de 30 années de pratique honorable.

Enfin, avant d'attaquer mes bien simples paroles, M. Martinier aurait dû lire attentivement le compte rendu de la séance du mois d'août. — Il aurait vu que, si j'avais usé d'un peu d'indulgence pour les premiers candidats qui se sont présentés à nos examens, c'est sur la recommandation des professeurs agrégés de la Faculté de Médecine qui nous avaient fait l'honneur de siéger près de nous à la salle d'examen.

Ces messieurs savaient bien que toute nouvelle loi ne peut prétendre à une application rigoureuse et que les premiers candidats qui affrontaient les examens n'avaient pas eu le temps nécessaire pour une préparation absolument complète.

Il était donc de toute justice de leur tenir compte des conditions dans lesquelles ils se présentaient.

C'était là l'opinion des professeurs de l'Ecole de Médecine.

M. Martinier me permettra donc, quelque confiance que je puisse avoir dans sa haute autorité, de préférer l'appréciation des membres de la Faculté de Médecine à la sienne et de considérer l'incident comme clos.

F. Ducournau.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES DANGERS DU PROTOXYDE D'AZOTE

par M. Dudley-Buxton

Pour obtenir l'anesthésie avec le protoxyde, il convient de donner à chaque individu ce qu'on pourrait appeler sa dose physiologique. La présence ou l'absence de l'oxygène a, sans doute, fort peu à faire à cet égard. S'il était possible de donner la quantité voulue de protoxyde et de conserver en même temps dans le sang la quantité voulue d'oxygène, l'anesthésie en résulterait. On a constaté qu'il en est ainsi lorsque le gaz est administré sous pression par la méthode de Bert ; il en est de même quand il l'est sous une pression normale. Tous les symptômes d'asphyxie, en laissant arriver la quantité voulue d'air ou d'oxygène, peuvent être évités et le patient peut être anesthésié pendant un laps de temps indéfini.

Bert a employé avec succès les mélanges d'air et de protoxyde ou d'oxyde et de protoxyde et a obtenu l'anesthésie à des pressions normales. L'affirmation d'Olivier et Garrett que le protoxyde est dangereux à cause de l'extrême abaissement de la tension de l'oxygène dans le sang est soutenue par Laffont qui renonce formellement au protoxyde comme dangereux, surtout dans la grossesse, pendant les menstrues chez les sujets à désordres nerveux, chez les diabétiques. Ce dernier se base sur quelques expériences qui sont hors de proportion avec le nombre colossal de personnes qui ont pris du protoxyde impunément.

Il cite 5 cas : 1° une femme de 35 ans, grosse de 4 mois 1/2, très nerveuse. La cyanose apparut en 1 h. 1/2 et une dent fut avulsée. Pas de douleur. En revenant à elle la patiente se plaignit de mal de tête. Un an plus tard son mari déclara qu'elle avait été malade, avait eu des malaises nerveux, des vomissements, de l'anorexie et un avortement au bout de 6 semaines. On suppose que le fœtus était mort pendant l'anesthésie. Pas de fausse couche antérieurement.

2° Une jeune fille de 14 ans 1/2, réglée depuis 5 mois. Sous le protoxyde d'azote, cyanose très forte. Les dents sont extraites, mais la cyanose persiste jusqu'à la reprise de ses sens. Le sujet donna des symptômes d'hystérie, pâlit et n'eut pas ses menstrues la fois suivante.

3° Etudiant de 19 ans; désordres nerveux dans son enfance. Après 10 inhalations, cessation de la respiration. Respiration artificielle, le sujet reprend ses sens, mais a une attaque d'épilepsie. L'opération fut ajournée indéfiniment parce que des accès épileptiques survinrent chaque jour à l'heure où le gaz avait été administré.

4° Un diabétique, soigné par M. Laffont, avait reçu le protoxyde dans deux cas et chaque fois une soif ardente et une augmentation de l'élimination du sucre avaient été remarquées. Ultérieurement la dent fut extraite sans anesthésie et il n'y eut pas de symptômes diabétiques.

5° Un adulte, atteint d'insuffisance mitrale causant de la dyspnée, eut de l'anorexie et de l'albuminurie, suivie d'obstruction pulmonaire, après avoir inhalé du protoxyde.

M. Laffont associe ces cas à l'asphyxie et cite Dastre qui a montré que la privation d'oxygène suffit à produire la glycosurie. Le Dr Robert Bowles a signalé la relation étroite entre les symptômes de suffocation et les lésions nerveuses graves.

Dans des recherches faites sur les divers calibres d'artères dans divers états pathologiques, quand le patient était anesthésié, le Dr Georges Olivier a démontré péremptoirement que, durant l'anesthésie, si des symptômes d'asphyxie surviennent, l'artère se contracte considérablement et que, quand le protoxyde est administré sans ces complications, il n'y a que peu de contraction ou même point du tout et que le résultat est comparable à l'excitation initiale causée par tous les anesthésiques. En d'autres termes, les observations faites sur les individus anesthésiés et non suffoqués diffèrent notablement de celles qui suivent où le manque d'oxygène a atteint un degré allant jusqu'à l'asphyxie.

Les morts survenues pendant l'administration du protoxyde sont assez peu nombreuses pour qu'il n'en soit pas tenu compte en établissant le coefficient de mortalité de cet agent, mais comme plusieurs ont été soigneusement notées, il est utile de les énumérer et d'essayer d'en établir la cause véritable dans chaque cas.

1. Cas de M. Sears (1864). Indiqué comme en bonne santé en apparence, il était au dernier degré de la consomption. Après l'inhalation du gaz il

reprit connaissance, mais se trouvait au plus mal; en quelques moments la respiration devint plus courte et il mourut. Le verdict du jury attribue la mort à une congestion pulmonaire résultant de l'inhalation du protoxyde, chose impossible puisque la congestion n'aurait pu se produire en quelques intants.

2. Une jeune femme robuste (1864) fut anesthésiée, mais point jusqu'à l'insensibilité, par un dentiste ambulant; elle tomba malade le lendemain et mourut le jour d'après. On ignore la cause de sa mort.

3. Une dame d'Allentown (Pensylvanie) inhala du protoxyde (1864) et succomba quelques heures après.

4. Le Dr Kidd (1864) signale la mort d'une jeune femme, d'excellente santé, qui avait inhalé du protoxyde d'azote, dans le fauteuil d'opération d'un dentiste.

5. Un jeune garçon de 13 ans (1867) fut anesthésié au protoxyde d'azote, et la dent enlevée, avec le morceau de liège qui servait d'ouvre-bouche, glissa dans la bouche, pénétra dans l'estomac et fut vomie; le liège pénétra dans le larynx et ne fut enlevé qu'après la mort. Le patient mourut étouffé.

6. Une femme d'âge moyen (1872) inhala par trois fois un peu de protoxyde pour l'extraction de plusieurs dents branlantes; comme celui-ci et l'opération l'énervaient, elle se décida à l'extraction de la dent sans anesthésie. Elle défaillit quand les dents furent avulsées et ne reprit pas connaissance. Un jury de médecins attribua la mort à l'emploi du protoxyde.

A propos de ce cas, *The Lancet* prétend que le protoxyde peut n'avoir joué aucun rôle dans cette mort. Malheureusement le dentiste tint à faire conserver à la patiente une position droite *pour faire descendre le sang*, et naturellement le résultat ne se fit pas attendre.

7. Un patient mourut sous l'influence du protoxyde à Chicago en octobre 1871. Point de détails.

8. Cas de M. Browne Mason (1873). — Femme, 32 ans, bien portante. Après 6 inhalations, pouls plus lent, mais de même volume. Section de la couronne d'une dent malade. La patiente reprend ses sens, mais est de nouveau soumise au protoxyde après 10 minutes pour achever l'opération. Juste au moment de perdre connaissance une seconde fois, la patiente lève la main et éloigne l'inhalateur, qui est remis en position. L'opération est faite avec succès en 45 secondes. La face de la patiente est cyanosée. Les symptômes s'aggravent, la face devient bouffie et les prunelles proéminentes. Le pouls battit pendant deux minutes après la cessation de la respiration. Le Dr Drake estime que la mort était due à une paralysie des centres respiratoires, causée par l'inhalation du protoxyde.

9. Cas de M. Harrison (1874). — Le patient était un médecin de 53 ans, nerveux et affaibli par une nourriture insuffisante. Il avait beaucoup souffert des dents et ne pouvait prendre une alimentation suffisante. Le dentiste, son voisin, lui laissa tenir le masque et il respira fortement. La première tentative d'extraction fut faite avant qu'il fût insensible; il réclama un peu plus de gaz, qui lui fut donné, et une seconde tentative fut faite, mais il semble n'avoir jamais été complètement sous l'influence du protoxyde. Tout à coup il se trouva à la dernière extrémité et mourut.

L'explication la plus plausible de ce cas est que les extractions étaient très difficiles et que le patient, en se remettant des effets du gaz, fut sensible à la secousse causée par une opération sérieuse; cette secousse, et non le gaz, a été cause de la syncope que la maladie du cœur

rendit fatale. Il n'y avait pas de tiers présent et on ne recourut aux remèdes que quand un médecin fut arrivé. L'autopsie permit de constater que la mort était due à une mauvaise administration et à une insuffisance du gaz ; elle ne serait pas survenue avec un anesthésiste habile.

10. Homme de 52 ans (188) avec dilatation cancéreuse de la langue et cet organe solidement adhérent. Glandes dilatées, dures et adhérentes. Anesthésié par le chirurgien du Dental Hospital de Londres, il perdit connaissance en 30 secondes. Quand l'opération allait commencer, il perdit la respiration et succomba. Il était dans un très mauvais état général lors de l'opération et mourut d'épuisement. Quelques dents lui avaient été extraites une semaine auparavant sans anesthésie et sans accidents. La mort serait due à une syncope.

11. M. Lejeune, magistrat (1883), fut anesthésié par Duchesne ; l'opération fut exécutée et on constata que le patient était mort. Il succomba probablement avant que la dent fût touchée, car l'extration ne fut pas suivie d'hémorragie. Mort causée par syncope. Pas de tierce personne présente.

Ce cas semble rentrer dans la catégorie des syncopes-secousses peut-être associées à l'administration de l'anesthésique, mais non causées par celle-ci.

12. Cas de Mme Milne (1889), 71 ans, très nerveuse, redoutant beaucoup l'opération et répétant qu'elle mourrait sous l'anesthésique. Elle déjeuna gaiement à 9 heures, inhala le gaz à midi, mais l'autopsie démontra que l'estomac était plein d'aliments au moment de l'opération. La patiente souffrait d'une maladie de cœur ; elle était lacée de façon à empêcher la respiration et la circulation du sang. Quand le protoxyde d'azote fut donné, la respiration était très superficielle et le dentiste commanda une respiration plus profonde. Lorsque la malade perdit connaissance, deux dents furent enlevées, le sinus fut ouvert, une bonne quantité de pus s'en échappa ; elle devint livide, le pouls et la respiration s'arrêtèrent et elle mourut. Elle avait une position assise. Il est hors de doute qu'elle mourut d'un effet mécanique plutôt que d'un effet toxique.

Le dentiste continua l'inhalation jusqu'à ce qu'il jugeât l'anesthésie complète, puis il opéra. Il semble probable que le choc de l'opération a été transmis en partie par une zone semi-anesthésique de fibres nerveuses et qu'il en sera résulté l'inhibition réflexe du cœur.

13. Jeune homme de 24 ans (1890) anesthésié par un dentiste à Montréal. Aussitôt l'extraction de la dent, le patient ouvrit la bouche et tomba mort hors du fauteuil. Il était à jeun depuis 5 heures ; exempt de maladie de cœur et des poumons. Le gaz était pur. La mort fut attribuée au choc résultant d'une anesthésie incomplète. Pas de tierce personne présente.

14. Patient anesthésié plusieurs fois antérieurement sans accident. Lors de sa mort il prit bien l'anesthésique, revint à lui, se rinça la bouche, causa avec l'opérateur, et, au bout de 20 minutes, se plaignit de l'engourdissement des doigts de sa main droite. Il se coucha, perdit bientôt la parole et une hémiplégie survint. En 10 minutes il perdit connaissance et en 4 h. 1/2 il succombait. La mort est attribuée à l'apoplexie et non aux effets du gaz.

Au sujet de ce cas le Dr Wood dit : « On conçoit aisément que chez un sujet dont les artères sont athéromateuses ou autrement malades, l'inhalation d'un gaz puisse amener une augmentation de la pression artérielle qui cause la rupture de vaisseaux plus petits ou plus grands

et occasionner des symptômes sérieux. » Cela est assez juste, mais, dans le cas présent, le laps de temps écoulé avant que l'apoplexie survînt rend au moins impossible que l'inhalation du protoxyde ait joué un rôle important comme agent de l'issue fatale.

15. Le patient, un dentiste de 40 ans (1893), avait inhalé, suivant toute apparence, du protoxyde tandis qu'il était dans son cabinet et mourut asphyxié. On le trouva le corps livide, la face, les ongles, etc., bleus, assis, le masque appliqué devant la figure, la tête tombée en avant sur les genoux, le cylindre à gaz vide et le robinet ouvert. Le malheureux, après avoir ouvert ce dernier, devait avoir perdu connaissance et être tombé en avant de telle façon que le masque demeura sur sa figure et c'est ainsi qu'il fut suffoqué. L'autopsie permit de constater des changements morbides confirmant cette opinion. Le Dr Brown a émis l'avis qu'il y eut peu de gaz inhalé, mais que, par suite du rapprochement du masque, l'air n'avait pu arriver et que le patient avait été asphyxié. Quelque opinion que l'on adopte, une mort semblable n'aurait pu survenir si le protoxyde avait été administré par un opérateur expérimenté.

16. Un jeune homme (1894) avait pris part à une collation une heure avant de se faire anesthésier chez un dentiste pour l'extraction d'une dent. Après 3 ou 4 aspirations le patient repoussa le masque, disant qu'il se sentait énervé; mais comme il réclamait davantage de gaz, il lui en fut donné. La respiration était superficielle, mais régulière. L'avulsion de la dent eut lieu quand les 2/3 de la quantité habituelle de protoxyde eurent été administrés. La respiration devint irrégulière, le patient devint cyanosé, les muscles devinrent rigides et, après deux ou trois souffles, la respiration cessa. Le patient fut placé sur le sol et la respiration artificielle commencée dans les 30 secondes qui suivirent l'extraction. Le cœur battait encore. Le patient avait le cou court et épais et la mâchoire inférieure en retrait. La trachéotomie fut pratiquée et une once de mucus environ fut retirée de la trachée. La cyanose s'accentua et, malgré la respiration artificielle, l'homme succomba. A l'autopsie les veines étaient remplies de sang noir foncé, les poumons presque sans air et une quantité de mucus fut trouvée dans les bronches ; les organes étaient sains. Le patient était mort d'asphyxie, d'après M. Adams, son opérateur, qui avait administré le protoxyde plus de 40.000 fois.

On a considéré que le mucus avait empêché la respiration à un degré tel que le patient en avait été asphyxié, tout en pensant qu'une idiosyncrasie particulière du patient avait rendu son larynx et ses bronches assez insensibles pour empêcher la toux habituelle, qui, dans des conditions normales, écarte l'obstacle. C'est certainement un cas d'asphyxie, mais qu'un homme jeune et sain en apparence succombe de cette façon avec une administration convenable de protoxyde, c'est un mystère. On ne saurait douter que le gaz ait été donné avec le soin voulu, avec un opérateur aussi habile que M. Adams. L'appareil employé laissait environ 2 0/0 d'air se mélanger avec le gaz et avait servi avant et a servi depuis sans aucun accident. M. Adams allègue l'idiosyncrasie, mais même s'il en était ainsi, il est douteux qu'on ait raison de croire que, sur les millions de personnes anesthésiées au protoxyde sans manifester d'idiosyncrasie, une seulement l'ait manifestée. C'est sans doute dans la forme courte de son cou, dans le retrait de son menton, dans l'état de sa poitrine qu'il faut chercher la solution du problème. Si l'on avait su que le patient était suffoqué par le mucus, on aurait ajourné l'anesthésie. Chez toutes les personnes à cou court et épais et à menton en retrait, la langue retombe en arrière et ferme

très aisément l'ouverture du larynx. M. Adams demande s'il n'aurait pas été prudent d'ouvrir le larynx immédiatement, surtout que la trachéotomie semblait difficile en raison des caractères anatomiques précités.

17. Une servante (1895) fut anesthésiée par un dentiste dans son cabinet et, en revenant à elle, elle tomba dans une syncope dont l'issue fut fatale. Elle était très serrée par ses lacets et son corset était, dit-on, de six centimètres trop étroit. Cette mort n'est due qu'indirectement au protoxyde.

De l'examen de ces 17 cas, il faut conclure que 3 seulement peuvent être attribués directement à l'anesthésique, soit un chiffre de morts si faible que l'administration du gaz est en fait exempte de tout danger. Sur ces 3 morts, 2 sont dues à l'asphyxie (n°s 8 et 15) et sont résultées de la paralysie des centres respiratoires, cause de mort très rare quand l'anesthésique est administré par des gens habitués à l'employer.

Dans les cas 6, 11 et 14 la mort n'est pas résultée de l'emploi du protoxyde, puisque les patients n'étaient pas sous son influence au moment du décès et celui-ci semble dû à des causes naturelles.

Dans les cas 1 et 10 les sujets souffraient de maladies de langueur.

Dans le cas 12 le protoxyde était une des causes de la mort, probablement la moins active.

Une anesthésie incomplète et l'ébranlement qui y est inhérent, telles sont les causes de la mort dans les cas 9, 12 et 13 et peut-être 1 et 6.

Les cas 3, 4, 7 et 9 sont si incomplètement rapportés qu'il est impossible de les discuter.

Le cas 2 est celui d'une administration imparfaite et d'un gaz impur.

Ainsi il semble suffisamment établi que, parmi les morts réellement rattachées à l'administration du protoxyde, dans toutes celles où le décès peut être attribué à cet agent, il provint d'une suffocation.

Le Dr Hasbrouck, qui a une très grande expérience de l'anesthésie, s'exprime ainsi [1] : « Dans les 6 dernières années (1881-87) j'ai administré le protoxyde d'azote à plus de 52.000 personnes. J'en ai conservé quelques-unes sous son influence pendant 1 h. 1/4, beaucoup d'autres de 20 à 40 minutes. Autant que je sache, il n'y a pas eu de cas fatal : il y a eu des symptômes alarmants, mais tous chez des gens qui avaient souffert d'une inflammation des poumons suivie d'adhésions pleurétiques. Dans les cas en question il semble y avoir eu paralysie des muscles de la respiration et une impossibilité absolue pour la poitrine de se dilater. Dans ces cas j'ai placé les patients beaucoup plus bas que les pieds et j'ai eu recours à la respiration artificielle. J'aurais perdu de 4 à 6 patients si je n'avais pas agi ainsi. »

J'ai rencontré un cas semblable à ceux cités par M. le Dr Hasbrouck. Le patient, un enfant délicat de 9 ans, fut placé sur le côté

(1) *American system of dentistry*, vol. III, p. 194.

gauche, tandis qu'une végétation adénoïde était traitée par le galvanocautère. L'inhalation fut intermittente et dura un quart d'heure environ. Pendant l'inhalation la respiration s'arrêta et il ne se produisit aucun mouvement du thorax ou de l'abdomen. Point d'obstacle à l'entrée de l'air. Quelques compressions des parois thoraciques ramenèrent la respiration naturelle et il ne survint pas de trouble subséquent.

Les cas suivants de symptômes alarmants sont relatés par *The Lancet* (1893, vol. 1) :

« 1. Femme de 30 ans. Extraction d'une dent. Après quelques inspirations, perte de la connaissance, arrêt du pouls et de la respiration. Traction de la langue, respiration artificielle, retour de la respiration à la normale.

« 2. Femme adulte. Extraction d'une dent. Mouvements aigus et convulsifs pendant la narcose, mais reprise des sens. Après avoir fait 400 pas et s'être mise en chemin de fer, elle eut une faiblesse, devint pâle et en proie à une convulsion violente ; elle fut portée dans son lit sans connaissance. Le lendemain, insensibilité, pupilles fortement dilatées, pouls irrégulier et faible, respiration faible. Convulsions pendant quelque temps. Respiration avec fétidité particulière : odeur de l'alcool sulfuré. Traitée comme pour l'hystérie ; rétablissement parfait au bout de quelques semaines.

« 3. Petite fille. Enlèvement de deux molaires. L'opérateur anesthésie. La respiration fait défaut. La respiration artificielle la ramène. Au moment critique l'anesthésiste était trop occupé par l'opération pour remarquer l'arrêt brusque de la respiration. Il aurait certainement perdu cette patiente, dit-il, s'il n'avait pas eu d'assistant. »

Dans ce troisième cas les symptômes étaient ceux de la narcose des centres respiratoires par suite d'une trop forte dose de gaz. Le 2e cas était dû probablement à l'action du gaz sur le système nerveux instable d'une petite fille nerveuse ; c'est un cas semblable à celui cité par M. Laffont et mentionné ci-dessus.

En réunissant les résultats des recherches physiologiques et de l'expérience clinique, on arrive à cette conclusion que les dangers provenant du protoxyde d'azote sont très rares et que, quand ils se rencontrent, ils sont dus à un état pathologique antérieur qui contre-indique l'emploi de ce narcotique, ou à des difficultés respiratoires. Ces dernières proviennent toutes en fait de l'asphyxie qui vient compliquer l'action physiologique du gaz. Si, comme on le prétend, le protoxyde peut être administré sans cyanose et sans jactitation (spasme clonique ou tonique), ou autre signe de manque d'oxygène, on peut l'employer avec sûreté et commodité pour toutes les personnes de tout âge.

Pour cela il faut s'écarter un peu du procédé enseigné dans les livres et suivi par beaucoup de personnes et laisser arriver de l'oxygène de temps en temps au patient, soit en laissant mélanger l'oxygène au protoxyde et inhaler le mélange, soit en faisant respirer de temps en temps de l'oxygène contenu dans un récipient spécial, soit en donnant du protoxyde pur et en permettant à l'air d'arriver, soit enfin en donnant un mélange d'air et de protoxyde.

Tel est le moyen à employer, non pas pour combattre les propriétés asphyxiantes du protoxyde, mais pour permettre à cet agent d'agir pendant une période prolongée sur les centres nerveux, tandis que les phénomènes d'asphyxie qui peuvent se produire sont absolument écartés.

L'emploi de ce moyen a beaucoup d'importance si l'on a affaire à des personnes exemptes de maladie, mais il est encore plus indispensable pour les gens atteints d'affections de l'appareil respiratoire ou des facultés hématopoïétiques.

Je ne nie pas qu'un mélange d'air ou d'oxygène et de protoxyde ne soit difficile à donner et que cela n'exige beaucoup d'habileté, mais l'utilité considérable qu'on en retire en traitant des cas dangereux et difficiles rachète tous les inconvénients attachés au procédé.

(*British journal of Dental Science.*)

NOUVELLES

NOUVEAUX JOURNAUX

Nous venons de recevoir le premier numéro du *Bulletin de la Polyclinique de l'Hôpital International*, fondé et rédigé par les chefs de service de cet établissement. Parmi eux nous sommes heureux de mentionner le premier rédacteur en chef de ce journal, M. le Dr Aubeau, et notre collègue, M. Houbriet.

Si nous en jugeons par la valeur de l'exemplaire que nous avons sous les yeux, ce nouveau journal saura conquérir rapidement une place honorable dans la presse médicale et scientifique.

Nous avons reçu également le premier numéro des *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire*, organe de l'Ecole dentaire de Bordeaux.

Nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère.

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ EN PROVINCE

Nous apprenons la formation d'une nouvelle société de dentistes à Bordeaux, *La Chambre syndicale des dentistes de Bordeaux et du Sud-Ouest*.

Elle a ainsi composé son bureau :

MM.	Grimard................	Président.
	Mirebeau................	Vice-président.
	Michel..................	Secrétaire.
	Gaultier................	Trésorier.
	Coisset.................	Syndics.
	Clerc...................	Syndics.
	Benoit..................	Syndics.

Brevets d'invention nouvellement délivrés. — 245789. Evens et Vinzelberg. Fermeture à ressort pour tubes de seringues ou d'autres instruments chirurgicaux. — 245909. Horton et Jones. Procédé et appareil pour supprimer la douleur ressentie par les patients auxquels on fraise une dent. — 244524. Fournier. Seringue hypodermique de précision.

M. Chouville, membre du Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France, a été nommé membre de la Société de Médecine de l'Aisne.

M. Bouvet a été nommé dentiste de l'Hôpital d'Angers. Que nos confrères reçoivent nos félicitations.

UNE CURIEUSE ORDONNANCE

Nous possédons depuis un certain nombre d'années l'ordonnance qu'on lira ci-dessous.

Nous ne l'avons pas publiée plus tôt parce que celui qui l'avait libellée, M. L.., exerçait, place du Havre. M. L... est décédé depuis plusieurs années et nous croyons intéressant, à titre documentaire, de montrer qu'en 1885 un dentiste croyait possible de faire de semblables prescriptions.

« Quatre matins de suite prendre en se levant le quart d'une bouteille d'une eau purgative et une heure après boire un demi-litre de bouillon aux herbes. Tremper ensuite une brosse à dents dans de l'eau *tiède*, étendre dessus un peu de pâte dentifrice, exercer une friction verticale sur toutes les gencives, laver la bouche avec de l'eau tiède et déjeuner. Le repas terminé, faire un premier gargarisme avec une demi-cuillerée à café de crème dentifrice qu'on roulera très fort dans la bouche pendant 5 minutes (on ne lavera pas la bouche après les gargarismes); le deuxième gargarisme après le deuxième déjeuner ; le troisième, à 4 heures, le quatrième et dernier, le soir avant de se coucher.

« Régime à suivre exactement :

« Boire et manger doux et tiède. Ne rien prendre de chaud, de froid ou d'irritant; ne pas exercer de succion sur les gencives. Eviter les courants d'air, se cacher la bouche et le nez pour sortir. Ne pas fumer. Pour boisson, de l'eau amortie, un peu sucrée, teintée à peine de vin.

SINGULIÈRE ANNONCE

A. Sauval,

Chirurgien-Dentiste,

A l'honneur de faire savoir que, par un nouveau procédé à lui et inoffensif, il rendra les dents aussi blanches et aussi propres qu'en naissant (*sic*) ; ce travail demandant une heure, on est prié de prendre rendez-vous à l'avance.

Prix : 10 francs. — Soins des dents et dentiers nouveau modèle et des mieux conditionnés.

16, rue Guerrier de Dumast, 16, Nancy.
A l'angle de la Faculté de Médecine.

16e ANNÉE MARS 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. No 3.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Visite de M. COMBES, Ministre de l'Instruction publique, et de M. MESUREUR, Ministre du Commerce, à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'œuvre que les dentistes français poursuivent depuis seize ans est encore insuffisamment connue ; il est véritablement heureux que des membres du ministère progressiste qui est actuellement aux affaires aient bien voulu se renseigner directement et examiner en plein fonctionnement la première et la plus importante des écoles dentaires parisiennes.

Tous ceux qui s'intéressent au développement de l'art dentaire en France seront heureux de la visite qui nous a été faite par le grand maître de l'Université et par son collègue M. le Ministre du Commerce.

Des républicains et des hommes aimant les solutions libérales et démocratiques ne pouvaient être que frappés de l'effort qu'ont dû faire les dentistes français pour doter leur profession et leur pays d'un établissement d'enseignement comme celui que nous avons fondé et fait prospérer.

Ils ont pu se convaincre, comme M. Liard l'avait déjà fait, que la loi sur l'enseignement supérieur pouvait servir à d'autres qu'aux associations cléricales ; ils ont pu se rendre compte que la commission du budget avait bien fait de laisser à l'initiative privée ce qu'elle avait créé ; et que la délégation de délivrer des inscriptions, de préparer à l'examen établi par la loi de 1892, était confiée à des praticiens ayant l'estime de leurs confrères et la confiance des pères de famille qui veulent donner à leurs enfants la profession de dentiste.

En scrutant notre budget de 50.000 francs de dépenses, ainsi que nos conditions de fonctionnement, ils se sont convaincus également qu'on est en présence d'une œuvre au service des intérêts généraux et non de ceux d'une petite coterie.

Ils l'ont compris ; nous les en remercions et nous sommes fiers de ce nouveau et décisif succès.

Arrivés à 10 heures, les Ministres ont été reçus par M. Godon, directeur de l'Ecole, assisté de M. E. Lecaudey, président, directeur honoraire, des membres du bureau de l'Association générale des dentistes de France, des membres du Conseil d'administration et du corps enseignant.

MM. Strauss, Villain, Max Vincent, membres du Conseil municipal de Paris, et M. Besnard, adjoint, représentant M. Emile Ferry, maire du IXe arrondissement, empêché, s'étaient joints aux ministres.

M. Godon a souhaité en ces termes la bienvenue aux ministres :

« Messieurs les Ministres,

« Au nom du Conseil d'administration et du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, je vous souhaite la bienvenue dans cette maison que nous avons réussi à édifier par notre initiative et notre persévérance depuis seize ans.

Nous avons déjà trouvé la récompense de nos efforts dans la bienveillance dont les pouvoirs publics nous ont si souvent donné des preuves. Récemment encore, au mois de novembre dernier, M. le Ministre du Commerce, d'accord avec M. le Président du Conseil, a bien voulu accepter de venir présider notre séance solennelle de réouverture des cours.

Mais il ne vous a pas suffi de voir notre école un soir de fête au travers du prisme toujours flatteur des lumières et des tentures, vous avez voulu la voir un matin, en plein fonctionnement de ses services, non plus en habits de fête, mais pour ainsi dire en costume de travail. C'est à ce moment de la journée que vous serez en effet le mieux à même de constater l'application des deux pensées qui ont inspiré cette œuvre : *philanthropie*, *enseignement*.

Vous y verrez les nombreux malades qui viennent chercher des soins qu'ils ne peuvent trouver nulle part gratuitement aussi complets, aussi surveillés, aussi suivis. Vous y verrez également cet enseignement pratique qui a fait le succès de cette institution et qui complète si heureusement l'enseignement théorique pour la préparation aux examens d'Etat et l'exercice de la profession.

Enfin, votre visite vous permettra de constater le dévouement avec lequel nos administrateurs, professeurs, chefs de clinique, démonstrateurs, remplissent leurs diverses fonc-

tions, dévouement et désintéressement que je suis heureux de proclamer devant vous.

Nous vous remercions, Messieurs les Ministres, de l'honneur que vous nous faites. Vous nous prouvez, une fois de plus, le sympathique intérêt que vous portez à cette œuvre d'initiative privée.

C'est à ce sentiment d'extrême bienveillance que je vais encore faire appel, en vous demandant la permission de vous exposer les trois vœux dont la réalisation nous serait la plus chère à l'heure actuelle, à vous les membres d'un gouvernement qui dispose d'un pouvoir dont il sait faire si bon usage pour le bien de la France et de la République.

Ces trois vœux concernent nos écoles, leur corps enseignant et leurs élèves.

Pour nos écoles, nous demandons la certitude de l'existence, par le maintien de la décision de la commission du budget de 1895 (rapport Bastid), prise sur la proposition de MM. Mesureur, Brisson et Chautemps, décision ayant eu l'heureuse approbation de M. Bourgeois et tendant à ce que l'Etat ne nous crée pas d'enseignement dentaire officiel concurrent de celui des écoles dentaires libres.

Pour notre corps enseignant, nous demandons qu'il ait une place parmi les représentants de l'enseignement libre (auxiliaire de celui de l'Etat) au conseil supérieur de l'Instruction publique, dans les divers conseils d'enseignement et qu'il soit représenté dans les jurys d'examen des dentistes.

Pour nos élèves, nous demandons le bénéfices des divers privilèges accordés aux étudiants de l'enseignement supérieur, notamment en ce qui concerne la dispense du service militaire.

En vous formulant ces trois vœux, Messieurs les Ministres, nous ne vous demandons que la promesse de les examiner avec l'esprit de bienveillance et de justice qui vous a conduits ici ce matin.

Nous n'en espérons la réalisation que du jugement que vous porterez sur cette institution après votre visite.

Avant de passer dans nos diverses salles, permettez-moi de vous présenter le président honoraire de cette école, notre vénéré doyen, M. Em. Lecaudey ; le président de l'Association générale des dentistes de France, M. Dubois ; le président de la Société d'Odontologie de Paris, M. Martinier; les vice-présidents de l'Ecole, MM. Viau, Lemerle ; MM. les professeurs Grimbert et Pinet ; le secrétaire général, M. le Dr M. Roy, et les membres du corps enseignant et du Conseil d'administration. »

M. le Ministre de l'Instruction publique déclara qu'il prenait acte des vœux qui lui étaient présentés et qu'il les examinerait avec la plus grande bienveillance et le sincère désir d'y donner satisfaction.

Les présentations faites, les ministres ont visité les divers services de l'Ecole, à cette heure en pleine activité. Ils ont parcouru successivement la salle d'attente des malades, la salle de dentisterie opératoire, le musée, l'amphithéâtre de la clinique, les cliniques de prothèse, d'anesthésie, les salles de cours et les laboratoires. Ils ont paru vivement intéressés par cette visite, au cours de laquelle ils ont assisté à diverses opérations et leçons cliniques et ont adressé des félicitations aux différents chefs de service qui leur ont été présentés tour à tour.

La visite s'est terminée dans la salle des séances du Conseil d'administration où une collation était servie. Les ministres ont bu à la prospérité de l'Ecole, exprimant la satisfaction que leur causait la visite qu'ils venaient de faire et la bonne impression qu'ils en emportaient et ont assuré notre institution de toutes les sympathies du gouvernement.

En se retirant, M. Combes a annoncé qu'il avait accordé à M. Ronnet les palmes académiques. Cette nouvelle a été accueillie par des applaudissements répétés.

Tous les anciens élèves de l'Ecole, tous les collègues de M. Ronnet seront heureux de cette distinction méritée.

Le *Journal Officiel* du 28 mars contient la note suivante :

« A l'occasion de sa visite à l'Ecole dentaire, le ministre
« de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, a,
« par arrêté en date du 16 mars 1896, nommé officier d'Aca-
« démie M. Ronnet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. »

TRAVAUX ORIGINAUX

EXPOSÉ THÉORIQUE DE L'EXTRACTION DES DENTS

Par M. Godon,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'étudiant dentiste, au début de ses études, mis en présence du grand nombre d'instruments actuellement employés pour l'extraction, est assez souvent effrayé d'un arsenal opératoire aussi varié, supposant une technique des plus compliquées. Il est embarrassé

à la vue de ces nombreuses collections de daviers, dont les mors, les branches, les articulations diffèrent, de ces multiples élévateurs : pieds de biche, langues de carpe, etc... dont les variétés infinies de forme témoignent de l'ingéniosité de leurs inventeurs, mais font supposer, pour l'exécution de cette opération, des difficultés considérables à surmonter ; beaucoup de temps lui sera nécessaire avant que l'usage de tous ces instruments lui devienne familier. C'est avec peine qu'il pourra arriver à faire un choix judicieux conforme à ses aptitudes spéciales et au cas qu'il aura à opérer, car il manque sur ce point d'indications générales et de méthode.

L'extraction est pourtant une opération de mécanique assez simple ; mais il n'en est pas moins nécessaire de se rendre bien compte des données du problème, afin de pouvoir y appliquer la solution convenable.

Pour vaincre la résistance qu'offre la dent aux tentatives d'extraction, il faut tout naturellement appliquer à l'extrémité du levier employé une puissance proportionnelle à cette résistance. Mais la résistance étant variable suivant les individus et la forme des dents, la puissance devra varier dans les mêmes conditions ; ses variations dépendront de la longueur du bras de levier, du point d'appui, de la force musculaire de l'opérateur, etc. D'où le nombre si considérable d'instruments qui figurent dans nos catalogues.

Les divers auteurs qui ont écrit sur l'extraction ne se sont pas préoccupés suffisamment de ce côté de la question, et l'exposé de la théorie de l'extraction nous a toujours paru confus et incomplet. Il nous a semblé qu'il était possible de mettre, dès le début de l'enseignement, un peu de clarté dans l'esprit de l'étudiant, en lui donnant une explication raisonnée, méthodique de cette opération, généralement simple malgré les apparences compliquées qu'ont prises dans les traités sa technique et son arsenal opératoire.

Nous basons cette théorie sur les principes élémentaires de la mécanique. Examinons d'abord les données du problème.

Cette opération, l'extraction, a pour but de faire sortir de son alvéole une dent considérée comme nuisible.

Mais des deux parties dont se compose la dent, couronne et racine, une seule, la racine, est incluse dans l'alvéole jusqu'au collet ; la couronne est libre.

L'action de l'opération porte seulement sur la racine. Il est alors possible de faire abstraction de la couronne, de supposer qu'elle n'existe pas. C'est du reste ce qui se passe la plupart du temps dans la pratique où les couronnes des dents à extraire sont souvent très cariées — quelquefois même entièrement détruites. Aussi les instruments bien faits sont-ils construits de façon à éviter les couronnes. Il est donc admissible de supposer, pour l'explication de l'extraction, toutes les dents dépourvues de leurs couronnes et de ne considérer à extraire dans la mâchoire que les racines, comme le représentent les deux figures schématiques ci-dessous (fig. 1 et 2).

La membrane péri-dentaire placée entre la racine et son alvéole ne constitue pas non plus un obstacle sérieux à l'extraction et peut également être négligée dans la démonstration qui va suivre.

De l'examen des deux figures, il résulte que l'opération peut être ainsi formulée :

« Faire sortir de leur alvéole *les racines* qui y sont implantées. »

Ces racines, généralement coniques, sont implantées dans des alvéoles de même forme, puisque leurs parois se moulent exactement sur elles ; elles sont donc coniques également.

Prenons comme exemple la prémolaire inférieure dont la racine se rapproche le plus du type normal indiqué plus haut, un cône régulier dont la base est au bord libre de l'alvéole. Il faut faire sortir ce cône plein du cône creux qui lui sert de loge.

On rencontre, dans la pratique journalière de beaucoup de mé-



Fig. 1 et 2. — Représentation schématique des racines de la série dentaire, les couronnes ayant été sectionnées au collet.

tiers, de nombreuses opérations analogues, très simples et qui peuvent servir d'exemple.

Prenons celle de l'ouvrier paveur chargé de retirer un pavé de la chaussée. Il lui faut desceller le pavé, puis le faire sortir de sa loge. Pour cette petite manœuvre il emploie un levier à extrémité aplatie qu'il fait pénétrer entre la pierre à déplacer et sa loge constituée par les pavés voisins, puis, imprimant à l'autre extrémité des mouvements de va et vient, il descelle la pierre et la fait peu à peu sortir hors de sa loge par un mouvement de renversement du pic.

Il se sert dans ce cas d'un levier du premier genre ayant résistance à l'extrémité aplatie, puissance à l'autre extrémité et point d'appui entre les deux, beaucoup plus rapproché du point d'application de la résistance que de celui de la puissance.

L'action à exercer dans le cas qui nous occupe, l'extraction de la racine, n'est-elle pas analogue à celle que nous venons d'indiquer, quoique portant sur des facteurs de moindre résistance ?

En effet, il suffit d'enfoncer l'extrémité aplatie d'un levier résis-

tant entre la paroi alvéolaire et la racine, d'exercer sur cette dernière, par des mouvements appropriés, des pesées répétées pour déchirer ses adhérences et l'obliger, par un dernier mouvement de renversement du levier, à sortir de l'alvéole dans lequel elle est implantée. L'instrument qui remplit cette indication est l'*élévateur* dit langue de carpe ou encore l'élévateur de Coleman, que nous examinerons plus loin. Il constitue, comme le pic du paveur, un levier du premier genre ayant la résistance à l'extrémité aplatie de l'instrument, le point d'appui à un centimètre environ de cette extrémité, sur l'alvéole, et la puissance à l'autre extrémité (manche ou poignée) dans la main de l'opérateur (Voir fig. 3-1).

Les mouvements ainsi produits pour l'extraction de la racine, mouvements que nous avons comparés à ceux du paveur et qui peuvent être encore rapprochés de ceux du jardinier avec sa bêche, sont au nombre de trois :

1° L'engagement de l'instrument ;

2° L'ébranlement du levier pour la luxation de la racine ;

3° Le renversement du levier pour l'*élévation* de la racine hors de son alvéole, d'où le nom d'élévateur.

Extraction composée. — La théorie que nous venons d'exposer s'applique à l'extraction des dents à racine *unique* et régulièrement *conique*. Mais quelques dents ont des racines qui diffèrent de la forme prise comme type : telles sont les racines d'incisives inférieures qui sont aplaties latéralement, les racines des premières bicuspides supérieures qui sont bifides, et enfin les racines des molaires qui sont multiples.

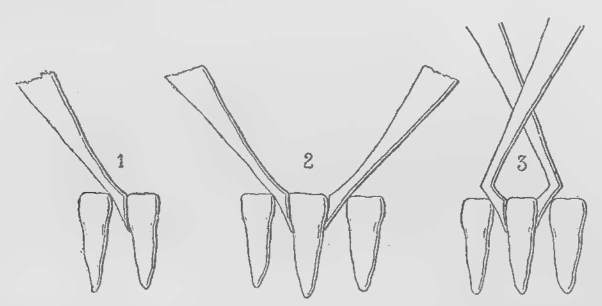


Fig. 2. — Représentation schématique 1 de l'application de l'élévateur pour l'extraction simple, 2 et 3 de la transformation de l'élévateur en davier pour l'extraction composée.

L'opération de l'extraction devient alors plus compliquée.

Les trois mouvements du levier ou élévateur : *engagement*, *ébranlement* et *renversement*, ne suffisent plus pour forcer la racine hors de son alvéole.

La résistance étant plus grande, il est nécessaire d'augmenter la puissance. On obtient ce résultat en attaquant la racine de deux côtés à la fois par un double levier. La force est ainsi plus grande pour produire la luxation. Et si l'on suppose les deux leviers ou

élévateurs croisés au-dessus de la racine et réunis par une charnière, on a le *davier* (Voir fig. 3-2 et 3).

Cet instrument peut ainsi être considéré comme un double élévateur. En effet, chacune des deux parties du davier comprend, comme l'élévateur, une extrémité aplatie destinée à glisser entre la racine de la dent et son alvéole (mors), une extrémité renflée destinée à former le manche ou la poignée de l'instrument (branches). Seulement les extrémités aplaties de ces deux élévateurs ont pour but de s'appliquer à la racine sur deux faces opposées et de pouvoir ainsi la saisir.

Les deux premiers mouvements restent les mêmes :

1° Engagement des deux extrémités de l'instrument (mors) entre l'alvéole et la racine;

2° Ebranlement de la racine par mouvements de va-et-vient (de dedans en dehors) ou un léger mouvement de rotation pour la luxation ;

3° Le dernier mouvement de renversement du levier pour l'élévation de la racine hors de son alvéole se transforme en un mouvement de *traction* de la racine hors de son alvéole.

Ce mouvement est rendu possible par le rapprochement des deux poignées (branches), amenant le rapprochement des deux autres extrémités (mors) entre lesquelles la racine se trouve ainsi fortement pressée.

Cet instrument est, comme le précédent, un levier du premier genre, destiné à donner une prise solide. La résistance est à une des extrémités (mors), la puissance à l'autre (branches), seulement le point d'appui, au lieu d'être sur l'alvéole, est sur la charnière de l'instrument [1].

On comprend aisément qu'avec cet instrument, agissant sur les deux côtés de la racine en même temps, il soit plus facile de vaincre une plus grande résistance par le mouvement de traction qu'il permet qu'avec le renversement du simple élévateur agissant d'un seul côté de la racine.

On comprend aussi combien il sera facile de diminuer ou d'augmenter la puissance de cet instrument par des modifications appropriées sur une des parties qui le composent.

Ces modifications peuvent porter :

1° Sur les mors ;

2° Sur les branches ;

3° Sur la charnière.

Mors.

Il est évident qu'une adaptation parfaite des mors à la périphérie de la racine, telle que Tomes l'a comprise et indiquée, diminue la résistance en permettant aux trois mouvements d'engagement, d'ébranlement et de traction de s'opérer plus facilement, plus économiquement, car l'effort est mieux utilisé.

---

1. Chaque branche du davier, grâce à l'articulation des deux branches, constitue un levier coudé analogue à certaines formes de pied de biche, agissant à la fois par traction et soulèvement, chaque branche devenant tour à tour tracteur et élévateur.

Exemple. — Les daviers dits anglais.

Branches.

On comprend également que les différentes courbures qui allongent les branches, allongent le bras de levier et, par suite, augmentent la puissance et exigent une moindre dépense de force musculaire et permettent ainsi une plus grande souplesse ou légèreté de main ; tels sont les daviers dits américains.

Articulations.

Enfin, des modifications dans l'articulation peuvent avoir pour conséquence d'augmenter la force du point d'appui : tels sont les daviers à bec de faucon, les daviers à mors parallèles, etc.

On a vu par ce qui précède que le *davier* est un *élévateur complété et perfectionné*. On ne doit donc pas s'étonner qu'il soit devenu l'instrument le plus généralement employé pour l'extraction des dents, l'emploi de l'élévateur se trouvant restreint aux seuls cas où l'emploi du davier est impossible.

De cette explication il résulte que les multiples instruments d'extraction se réduisent à deux instruments types :

1° Le levier ou élévateur simple (type : la langue de carpe).

2° L'élévateur double ou davier.

Dans la première classe rentrent tous les instruments qui n'ont d'action dans l'extraction que sur un côté de la racine à extraire, tels que langue de carpe, pied de biche et autres élévateurs de différentes formes.

Dans la deuxième classe se trouvent tous les instruments qui sont destinés à agir sur deux côtés de la racine en même temps, ce sont toutes les collections de daviers, quelque forme qu'ils affectent.

Si l'on jette un coup d'œil sur les instruments anciens employés pour la chirurgie dentaire au XVIe siècle par exemple, on y trouve l'application de la classification que nous venons d'indiquer. C'est ainsi que le poussoir d'Ambroise Paré prend place dans la première classe et son davier dans la seconde. Quant au « polican », plus tard pélican, prédécesseur de la clef de Garengeot, il devra, comme cette dernière, être rangé dans la première classe, quoique, tout en s'appliquant sur la racine d'un seul côté, il contienne en germe le mouvement de *traction* du davier.

QUELQUES INVENTIONS ET PROCÉDÉS DU Dr VAJNA, DE KLAUSEMBOURG.

Présentés par M. R. Heidé,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

Séance du 4 février 1896.

Je désire vous présenter quelques instruments et procédés intéressants, dont je dois la connaissance au Dr Vajna. Ils portent

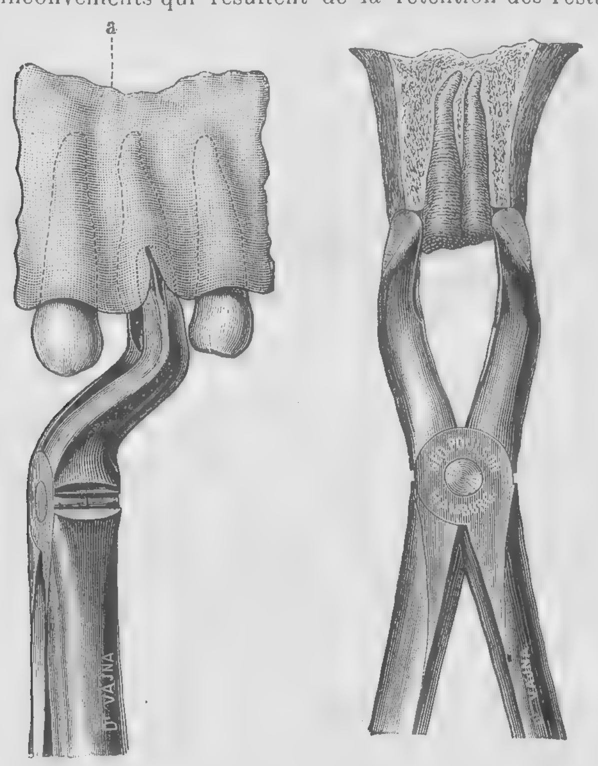
sur des sujets bien divers, les uns concernant la dentisterie opératoire, les autres la prothèse. Je crois que tous vous paraîtront ingénieux et réalisent des progrès que nous serons heureux d'appliquer pour simplifier nos opérations ou les rendre plus efficaces.

Ces inventions et procédés comprennent :

1° Un davier sectionneur pour l'extraction des racines fracturées;
2° Un élévateur ;
3° Un isolateur des dents ;
4° Un nouveau mandrin ;
5° Une fraise flexible à canaux ;
6° Un injecteur capillaire pour le traitement des canaux radiculaires ;
7° Un porte-coton ;
8° Des modèles prothétiques en cuivre obtenus par la galvanoplastie.

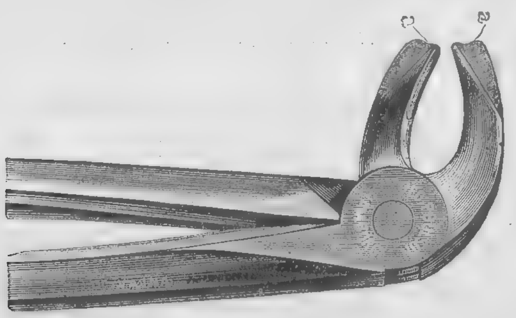
DAVIER SECTIONNEUR POUR L'EXTRACTION DES RACINES FRACTURÉES.

Les inconvénients qui résultent de la rétention des restants de



racines après une tentative d'extraction sont assez connus. Il est

évident que dans nombre de cas la défectuosité de l'instrumentation est bien plus à incriminer que l'inhabileté de l'opérateur. Très souvent le bord alvéolaire devient un obstacle qu'on ne peut écarter, il faut le supprimer dans une petite partie de sa hauteur. C'est



dans ce but que M. Vajna construisit le davier dit *sectionneur*.

La partie des mors du davier qu'on enfonce sous la gencive porte sur la face externe une proéminence taillée au couteau. Vus de haut, les deux mors ont l'air de deux T T anglais. Ces mors aiguisés glissent entre l'alvéole et la racine, et par la pression enfoncent, coupent et écartent l'alvéole, ainsi que la gencive. On saisit alors aisément la racine et les mouvements à faire sont de dehors en dedans, et vice versa ; il faut s'abstenir de toute sorte de rotation, autrement on risquerait de fracturer l'alvéole.

Le davier sectionneur est surtout indiqué quand on suppose l'alvéole mince ; si, au contraire, il a une certaine épaisseur, la partie tranchante du davier la franchit avec plus de difficulté.

Le davier est fait en trois modèles différents : un davier baïonnette pour les racines supérieures, un pour les racines inférieures et un troisième en forme de bec de faucon.

ÉLÉVATEUR.

Cet instrument a surtout pour but l'extraction des racines inférieures quand le davier trisecteur a échoué ; il diffère par plusieurs particularités des instruments faits pour le même usage. La forme, la courbure et l'effilement du bec sont tout autres. Il ne sert que pour un seul côté ; la série se compose donc de deux instruments.

On doit toujours introduire l'élévateur entre la racine et l'alvéole du côté lingual, et cela pour plusieurs raisons anatomiques et mécaniques, ce que les auteurs négligent bien souvent de faire observer.

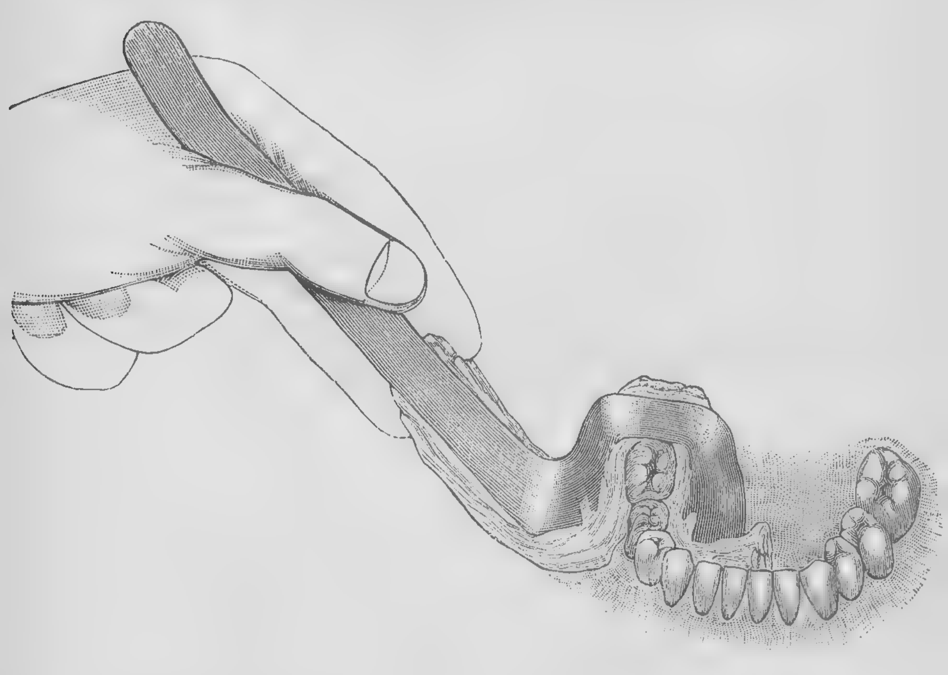
Il est nécessaire de placer l'élévateur du côté lingual, parce que la mâchoire inférieure avec ses alvéoles n'est pas disposée perpendiculairement de haut en bas ; bien au contraire, le corps inférieur et postérieur de la mâchoire est tourné en dehors avec les alvéoles inclinés dans le même sens.

Cette particularité anatomique est très importante et indique qu'il est préférable d'introduire l'instrument lorsque l'élévateur est à angle obtus. Cela permet aussi un plus grand développement de force qu'avec un élévateur à angle droit.

Le soulèvement des racines doit être fait de dedans en dehors, par la raison que l'alvéole lingual offre plus de résistance que l'alvéole jugal.

ISOLATEUR DES DENTS

L'usage de cet instrument est surtout indiqué quand on ne juge pas bon de placer la digue, quoique l'opération à exécuter doive avoir quelque durée. Il s'emploie pour les dents inférieures. L'isolateur a, de plus, l'avantage d'éloigner la langue du champ opé-



ratoire. Il peut également servir de spéculum, les surfaces très polies reflétant la lumière.

L'isolateur se compose d'un seul morceau de métal poli et brillant sans soudure et sans rivets, ce qui facilite son nettoyage complet et le rend inusable. Un appendice utile consiste en un long rouleau de coton qu'on loge dans des griffes attenant au corps même de l'isolateur ; à défaut de coton, on peut se servir de papier Joseph.

NOUVEAU MANDRIN

Avec ce mandrin, les disques en papier se fixent vite, facilement et automatiquement. Ils sont remplacés sans démonter le mandrin de la pièce à main. Cette simplification est très avantageuse, surtout pour finir les aurifications qui exigent l'emploi de disques de différents grains.

On peut ôter et remettre la vis du mandrin, en appuyant un doigt contre celle-ci, et en tournant le volant sans l'aide d'un instrument quelconque.

Une fois qu'ils sont unis, le disque tient la vis fixée pendant la



rotation, et celle-ci ne peut être desserrée, même si la machine tourne en sens inverse.

Le disque se déchire plutôt que de se luxer, car il est consolidé par deux petites pointes, qui le transpercent au moment de la fixation.

FRAISES FLEXIBLES A CANAUX

Tous les dentistes connaissent les fraises flexibles de Gates pour ouvrir les canaux radiculaires, et savent combien il est fâcheux que la tête de la fraise se casse dans la racine. Inutile d'énumérer les inconvénients et les difficultés qui résultent de cet accident.

Dans les fraises ordinaires pour canaux, le point faible de la fraise se trouve quelque peu au-dessous de la tête et, par consé-



quent, la cassure a lieu sur ce point faible. M. Vajna a modifié cette fraise en faisant un étranglement à la partie la plus basse de la tige, comme l'indique le spécimen que je mets sous vos yeux.

Cette modification a l'avantage, en cas de rupture (quand la torsion à l'aide du tour devient trop violente), de faire casser la fraise non plus dans la racine, mais hors de la dent, près de la pièce à main. Avec des pinces, il est ensuite très facile de luxer et de sortir l'instrument cassé.

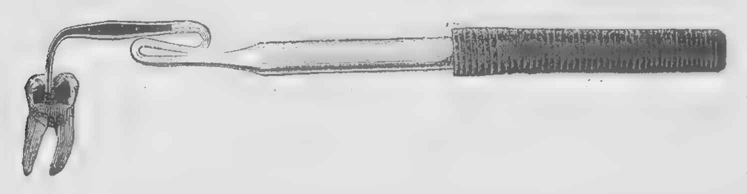
INJECTEUR CAPILLAIRE POUR LE TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES

Afin de pouvoir véhiculer les médicaments dans les canaux radiculaires, quelles que soient la difficulté d'accès de la carie et les

variétés anatomiques de ceux-ci, M. Vajna a imaginé les injecteurs capillaires.

Avec ces injecteurs on peut introduire des liquides, depuis quelques milligrammes jusqu'à 50 et 100 milligrammes, sans craindre de léser les muqueuses voisines.

Chaque injecteur consiste en un tube de verre courbé qui a, à son extrémité inférieure, un très petit diamètre ; il se termine à sa partie supérieure par un tuyau semblable au compte-gouttes, en caoutchouc mou, et servant de pompe. Pour pénétrer plus facilement dans les canaux, les injecteurs sont faits en trois formes différentes : (a) bec droit ; (b) bec d'une courbe de 120° ; (c) bec d'une courbe de 90°.



Les injecteurs à bec droit sont employés pour les racines antérieures, les autres pour les postérieures. Le choix de la forme dépend naturellement de la position de la carie. Par suite de la double courbure des tubes, le liquide ne peut pas couler en arrière. En remplissant l'injecteur, il ne faut pas prendre trop de liquide, il suffit que le tube soit rempli depuis la partie élargie jusqu'à la pointe. Le remplissage se fait le plus facilement : on verse le liquide dans un petit flacon de 1 ou 2 grammes, on y trempe la pointe de l'injecteur, puis on presse légèrement avec deux doigts sur le compte-gouttes en caoutchouc pour faire sortir 4 ou 5 bulles d'air. On arrête la pression et le liquide monte dans le tube. Si par hasard on a trop rempli le tube, il vaut mieux le vider complètement et recommencer. Ceci fait, on met l'injecteur sur la tablette et, après avoir bien séché le canal de la racine, on introduit le tube et l'on injecte le contenu en pressant le compte-gouttes. La pression ne doit pas être interrompue avant d'avoir enlevé l'injecteur, autrement le liquide remonterait dans le tube. Pour terminer, on introduit plusieurs fois une sonde Donaldson et on refoule ainsi le liquide dans les parties les plus profondes, ce que prouve la sortie des bulles d'air. Si l'on emploie des médicaments alcoolisés, le malade ressent de faibles douleurs qui disparaissent très vite.

Selon l'état où se trouvent le canal et le périoste, après l'application médicamenteuse, on fait une obturation définitive ou un pansement qui doit être renouvelé après un ou deux jours; ce pansement se répète jusqu'à ce que le canal soit tout à fait propre et sans aucune odeur.

Dans les cavités facilement accessibles, on peut introduire la canule très profondément ; même pour les grosses molaires, ce petit appareil rend de grands services.

Si l'on brise le tube dans le canal, ce qui ne peut arriver que très exceptionnellement à cause de l'élasticité et de la dureté du verre, on enlève facilement le morceau avec un tire-nerf ou une sonde courbée.

Enfin, dans le cas extraordinaire où on ne peut enlever le morceau, aucun danger n'est à craindre, parce qu'il ne ferme pas hermétiquement le canal et n'empêche pas la continuation du traitement ni même l'obturation ; le verre ne se décompose pas non plus.

Si aucun des trois injecteurs différents n'a une courbe appropriée, on chauffe le tube à la lampe à alcool pour lui donner la forme désirée. Le nettoyage des injecteurs se fait tout simplement avec de l'alcool en les remplissant et en les vidant quelquefois.

Les injecteurs peuvent aussi être utilisés avec succès pour introduire des médicaments sur la pulpe découverte.

Si l'on a découronné la dent et enlevé la pulpe, et si le périoste ne montre pas d'infection profonde, on peut procéder à l'obturation de la racine après avoir injecté le canal avec un médicament désinfectant.

Comme médicament très efficace, je recommande une solution par parties égales de camphre, d'alcool et d'acide phénique.

PORTE-COTON

Ce petit instrument est indispensable sur la tablette ; il a l'avantage de posséder des boulettes toutes faites.

On dirait une culasse de revolver à ouvertures multiples, par lesquelles on saisit avec les brucelles les petites boulettes préparées en masse à l'avance, et introduites auparavant par le fond de l'appareil.

MODÈLES PROTHÉTIQUES DE CUIVRE OBTENUS PAR LA GALVANOPLASTIE

Quelques données générales sur les conditions d'application de la galvanoplastie rendront plus intelligible l'exposé de notre procédé.

On sait que, pour reproduire par voie galvanique l'une des faces d'une médaille, on commence par prendre l'empreinte de cette face avec de la gutta-percha et qu'après l'avoir rendue conductrice au moyen d'un enduit de plombagine, on la trempe dans un bain galvanoplastique au travers duquel on fait passer un courant électrique provoquant ainsi une décomposition électro-chimique de la solution à l'extrémité de l'électrode négative représentée par la surface à reproduire.

M. Vajna, s'inspirant de ces simples faits, a pensé que si, au lieu d'une empreinte de médaille, on avait celle de la bouche, on pourrait la reproduire galvanoplastiquement aussi facilement.

En effet, mettant en pratique cette idée et en modifiant quelque peu le mode opératoire, il est arrivé à obtenir des modèles aussi nets que ceux que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir.

Les phases de l'opération se décomposent ainsi :

1° Prise et préparation de l'empreinte ;
2° Galvanoplastisation ;
3° Disposition des électrodes;
4° Mise en bain ;
5° Marche de l'opération;
6° Nickelure, dorure, argenture, etc.

1° *Prise de l'empreinte.* — L'empreinte est prise soit à la cire, au godiva, à la gutta ou même au plâtre avec un soin tout particulier, car il importe qu'elle soit aussi exacte qu'il est possible, par la raison qu'il est très difficile, sinon impossible, de retoucher les imperfections d'un modèle en cuivre, d'autant plus que les inexactitudes y sont plus apparentes que sur les modèles en plâtre. Il s'agira donc de s'entourer des plus grandes précautions afin d'éviter tout déplacement, toute fente, toute bulle d'air ou d'eau. Et si parfois, malgré cela, on venait à déceler quelques-unes de ces défectuosités, il faudrait les réparer soigneusement au préalable.

L'empreinte prise, rectifiée et bien séchée, on taille alors la partie extérieure de l'empreinte de façon à obtenir une surface en ligne droite avec l'axe des dents ou sous un angle de 90° à 100° ; elle sera aussi unie qu'il est possible. En arrière on ne fait point de découpures, puisqu'il n'existe pas de bords saillants. Cela fait, on découpe sur une plaque de cire une bande de 2 à 4 mm. d'épaisseur et d'une hauteur appropriée à celle qu'on veut donner au socle. Cette bande est appliquée sur le pourtour de l'empreinte auquel elle est collée.

L'empreinte, ainsi munie d'un prolongement en cire, doit être rendue conductrice pour procéder à la galvinisation, qui n'a rien d'absolument particulier dans ce cas. On revêt l'empreinte d'une couche de graphite très pur, en ayant soin que cette couche soit uniformément répandue, après quoi il ne reste plus qu'à fixer les électrodes avant la mise dans le bain.

La cathode, représentant le fil du courant négatif où se fera le dépôt métallique, est fixée dans le modèle de cire, de préférence dans un coin de celui-ci et mise en communication avec la surface de l'empreinte enduite de graphite.

Le moule pourvu de la cathode, on place l'anode en s'écartant du procédé habituel.

Voici textuellement ce que dit M. Vajna :

« On ne doit pas se servir d'une anode de cuivre, car ce métal est insuffisant pour la décomposition chimique nécessaire au recouvrement métallique de l'empreinte. En effet, si l'on appliquait au-dessus du moule une anode de cuivre dans une gaîne, le cuivre se déposerait uniquement sur la bande de cire, au lieu de se répartir également sur les parties immédiates et celles plus éloignées de l'anode, l'électricité marchant toujours dans le sens où la résistance est moindre. Aussi substitue-t-on avec avantage un fil de platine au fil de cuivre. On recourbe ce dernier en fer à cheval fermé, correspondant au bord de la bande de cire, plus étroit que celui-ci, de façon à pouvoir l'enfoncer dans le moule aussi profondé-

ment qu'il est possible sans qu'il le touche nulle part cependant. »

On peut également employer le fil de plomb, qui se courbe plus facilement et coûte moins cher, mais qui a pourtant l'inconvénient de s'altérer plus rapidement.

Pour éviter le contact possible de l'électrode positive avec la surface du moule, il faut rendre cette électrode immobile. Dans ce but, notre ingénieux confrère a construit un support représenté par le modèle bien imparfait qui est sous vos yeux.

Il est en forme de faucille, d'une épaisseur variant de 1 à 3 centimètres et d'une hauteur de 5 à 8.

A l'extrémité de cette faucille courbée vers le milieu du moule, on fixe l'anode de plomb avec de la cire molle ou du stent, en l'enfonçant le plus possible dans le moule sans qu'elle touche ce dernier.

L'extrémité qui émerge du bain est reliée à l'électrode positive de la batterie qu'elle est chargée de soutenir. Ensuite on garnit la partie libre du porte-empreinte de cire, afin d'éviter que les acides qui se dégagent par suite de la décomposition ne l'attaquent.

Cela fait, on procède à la mise en bain, lequel, comme les bains de cuivre, est ainsi composé :

Oxyde de cuivre sulfuré,
Acide sulfurique concentré.

Il est de six à huit litres et contenu dans un récipient en verre. Quant au courant, on se sert d'éléments Daniell en nombre variable, de 2 à 5.

Pendant l'opération, on a soin de surveiller attentivement la décomposition afin d'obtenir une imprégnation métallique uniforme et régulière et il est bon de s'en assurer en retirant du bain une ou deux fois par jour le moule qu'on lave soigneusement pour enlever toutes les impuretés dans le dépôt galvanoplastique.

Au bout de 3 ou 4 jours, si on juge le moule suffisamment recouvert de cuivre, on l'enlève du bain et on procède de nouveau à un nettoyage complet, qui consiste à enlever le stent à l'eau chaude et les inégalités de dépôt avec une meule en corindon ? On nettoie également le graphite adhérent, tout en ayant soin de le toucher le moins possible avec les mains, afin d'éviter de graisser le modèle. Recouvrir d'une nouvelle couche galvanoplastique de métal précieux, afin de protéger le cuivre contre l'oxydation qui se produit rapidement à l'air. Les métaux qu'on emploie dans ce but sont l'or, l'argent, le cobalt, le nickel, l'aluminium.

Le modèle, étant aussi recouvert d'un métal peu altérable, se conserve indéfiniment.

L'auteur ajoute, comme conclusion, qu'il est convaincu que, si les méthodes deviennent plus simples, il n'y aura dans peu de temps qu'un très petit nombre de laboratoires où les modèles de prix ne seront pas confectionnés d'après les méthodes indiquées ci-dessus, car, en prothèse dentaire, des modèles intéressants, mais qui ne sont peut-être pas suffisamment appréciés actuellement, peuvent être conservés par ce moyen.

Quoi qu'il en soit, il est évident que le modèle galvanoplastique a

une stabilité, une dureté de beaucoup supérieure à nos modèles en plâtre et qu'il risque moins d'être altéré dans les manipulations du laboratoire. Il réalise un progrès dont le présent ou l'avenir profiteront.

Permettez-moi d'ajouter que je suis très heureux d'avoir à présenter à la Société un ensemble de procédés dont vous apprécierez l'ingéniosité et l'esprit pratique.

PROTHÈSE IMMÉDIATE. NOUVEAUX PROCÉDÉS POUR LA FIXATION DES APPAREILS

Par le Dr L. Nux, de Toulouse.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

Vous connaissez tous les appareils de prothèse immédiate de notre confrère le Dr Claude Martin, qui donnent de si beaux résultats dans la chirurgie de la face, en évitant les difformités consécutives qui ne manquent pas de se produire lorsqu'un appareil de prothèse n'est pas là pour les corriger.

Nous avons eu l'occasion, depuis le mois de mai 1894, de placer six appareils de prothèse immédiate au maxillaire inférieur à l'hôpital de Toulouse, dans les services de M. le professeur Jeannel et de M. le Dr Sécheyron.

Nous avons d'abord commencé à construire et à fixer ces appareils suivant la méthode ordinaire, et ce n'est que peu à peu que nous avons été amené à les modifier, tant dans leur fabrication que dans les moyens de les fixer.

Ainsi que vous pourrez le constater par ce qui suit, nous avons été gêné dans nos débuts par quelques petites difficultés matérielles, que nous nous sommes efforcé de vaincre, et ce sont les procédés qui nous ont paru les meilleurs parmi ceux que nous avons essayés, que nous venons vous présenter ici.

Tout d'abord, notre premier appareil ayant été fait avec des canalisations pour les lavages, ainsi que le conseille le Dr Claude Martin, nous avons remarqué que ces canaux, qui théoriquement doivent servir au lavage de toute la surface cruentée, étaient rapidement bouchés soit par les matières alimentaires, par la suppuration, soit par des sels calcaires déposés par la salive. Aussi les avons-nous supprimés entièrement dans tous les autres appareils.

Nous avons aussi diminué l'épaisseur du maxillaire, qui primitivement était la reproduction exacte d'un maxillaire naturel.

Mais la partie la plus importante, et que nous avons modifiée le plus souvent, est encore la fixation. Il est en effet très difficile de fixer un maxillaire artificiel sur le vivant, non seulement à cause de la gêne apportée dans le champ opératoire par la présence du sang, des parties molles (joues, langue, larynx), mais surtout par l'étroitesse de ce champ opératoire. Ce sont là les raisons qui doivent faire rechercher les meilleurs moyens pour opérer vite et commodément.

Les appareils de Martin sont fixés par des plaquettes percées à leurs angles de trous dans lesquels on fait passer des vis. Deux vis se fixent sur l'appareil en vulcanite et les deux autres sur le maxillaire. Or, l'emploi des vis présente des inconvénients : d'abord, pour fixer une vis dans du caoutchouc vulcanisé, il est indispensable que le trou dans lequel doit pénétrer la vis soit exactement calibré sur le diamètre de celle-ci, sinon ou la vis ne tient pas, ou elle fait éclater le caoutchouc ; de plus, les vis en acier que l'on trouve dans le commerce ne sont pas taraudées jusqu'à la tête. On est donc obligé de les modifier de façon à ce que le filet occupe toute la tige, car sans cela la partie filetée destinée à la rétention se trouverait dans la partie spongieuse de l'os, tandis que la partie lisse se trouverait dans la table externe, c'est-à-dire la plus solide, et la fixation serait défectueuse.

Si l'on peut facilement placer des vis sur la symphyse du menton ou sur une partie de la branche horizontale du maxillaire, il n'est plus aussi facile de faire le même travail si l'on arrive à l'angle de la mâchoire ou vers le milieu de la branche montante, car on se trouve gêné dans l'application de l'appareil par la présence des parties molles, qu'il est de toute nécessité pour le chirurgien de conserver, afin d'avoir une cicatrice convenable.

Nous avons donc remplacé les vis par des boulons munis d'écrous. Cette idée nous avait été suggérée par notre confrère M. de Marion, et nous nous en sommes fort bien trouvé. Les boulons employés étaient en platine avec une tête soudée à l'or fin.

Dans notre premier cas de prothèse immédiate nous avions à remplacer un demi-maxillaire complet, depuis la symphyse du menton jusqu'au condyle inclusivement. Cette résection était nécessitée par la présence d'un épithélioma kystique adamantin et malpighien du maxillaire inférieur transformé en carcinome. L'étude anatomo-pathologique de cette tumeur a été faite par M. le Dr Tapie, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse [1].

Le maxillaire artificiel fut fixé sur la ligne médiane par deux plaquettes en platine, l'une antérieure, l'autre postérieure, percées à leurs angles de trous dans lesquels devaient passer les boulons. L'appareil fut ainsi très solidement ajusté, mais nous fûmes gêné pendant l'opération pour faire passer les boulons à travers les plaques et le maxillaire. Aussi avons-nous cherché à modifier cette partie de notre manuel opératoire. (La femme qui porte ce premier appareil de prothèse immédiate depuis le mois de mai 1894 est en excellente santé et supporte très bien son appareil, qui ne lui occasionne aucune gêne).

Dans le deuxième appareil nous avons supprimé deux boulons, sans pour cela nuire à la solidité de fixation de l'appareil. Nous avons employé des plaquettes dans lesquelles nous avions fixé des pointes à chaque angle et dans le milieu ; entre ces deux pointes se trouvait un seul trou de chaque côté, dans lequel nous passions un

---

1. *Archives médicales de Toulouse* (juillet 1895).

boulon. De cette façon nous pouvions éviter les mouvements de latéralité qui n'auraient pas manqué de se produire avec une plaque portant un seul trou à ses extrémités.

Un appareil fut fixé de cette façon très solidement, mais nous fûmes encore gêné par le placement des boulons. Il s'agissait, en effet, du placement d'un appareil nécessité par la résection d'un maxillaire inférieur pour un épithélioma.

La section qui devait être faite à la symphyse et à l'angle de la mâchoire du côté droit fut étendue, par suite du prolongement de la tumeur, depuis la moitié de la branche horizontale gauche jusqu'au milieu de la branche montante du côté droit. Nous avions heureusement entre les mains un demi-maxillaire complet et bien nous en a valu, car nous avons pu le modifier sur-le-champ et faire un menton avec une partie de la branche horizontale droite, en trempant l'appareil dans de la glycérine bouillante. Nous avons ainsi transformé rapidement notre maxillaire, qui sans cela eût été absolument inapplicable, ce qui eût été fâcheux, car il servit immédiatement à la fixation de la langue et des muscles sus-hyoïdiens, le point d'insertion de ces muscles ayant été supprimé par la résection.

Le malade supporta bien son appareil pendant quelque temps, mais, au bout d'un mois et demi environ, il se plaignit de douleurs à la symphyse et du côté de l'oreille. En examinant avec attention, nous vîmes que l'appareil était recouvert par des bourgeons de nouvelle formation qui englobaient ses deux extrémités. L'épithélioma récidivait des deux côtés. Nous enlevâmes donc l'appareil qui tenait très solidement.

Les difficultés que nous avions rencontrées dans le placement de ces deux premiers appareils se renouvelèrent une troisième fois. Chez un autre malade, auquel nous placions la presque totalité du maxillaire inférieur depuis le condyle droit jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté gauche, la section osseuse ayant été faite avec des cisailles, il se produisit une fêlure de l'os que nous ne pûmes apercevoir qu'en plaçant l'appareil. En serrant notre boulon, nous fîmes ouvrir davantage la fêlure, et, comme la fixation ne nous paraissait pas assez solide, nous fîmes en outre une ligature avec du fil d'argent.

C'est cette ligature qui nous a donné l'idée de modifier encore nos appareils. Nous avions d'abord eu l'intention de faire passer un gros fil de platine à travers l'os maxillaire et les plaquettes de l'appareil, mais si l'introduction du fil de l'extérieur à l'intérieur était facile, il n'en était plus de même lorsqu'il fallait trouver la seconde perforation du maxillaire pour le faire ressortir à l'extérieur. Ce procédé, que nous avons employé une fois, a été abandonné, bien que donnant de bons résultats.

Voici maintenant le procédé que nous employons : avec du gros fil de platine nous faisons des tiges pourvues d'une tête arrondie, et semblables à des clous. Ces tiges, qui remplacent les boulons, servent à fixer la plaquette d'abord sur le maxillaire artificiel, puis

sur le maxillaire naturel. A cet effet, nous avons construit des plaquettes en platine du n° 7 qui sont pourvues, d'un côté, de deux trous dans les angles, et de l'autre côté d'une pointe et d'un trou. C'est ce dernier côté que l'on doit fixer sur le maxillaire artificiel. Voici comment nous procédons :

L'appareil en vulcanite est arrangé de façon à ce qu'il remplace exactement la perte de substance et qu'il refasse un maxillaire absolument normal au point de vue de la structure et des fonctions qu'il aura à remplir, chose qu'il est facile d'obtenir en regardant si les dents qui restent dans la mâchoire s'articulent exactement avec celles de la mâchoire opposée. Nous commençons alors par forer dans le maxillaire en vulcanite, avec le tour dentaire, un trou dans lequel nous faisons pénétrer la pointe dont est pourvue la plaquette. Par le trou de cette même plaquette nous n'avons plus qu'à faire passer le foret pour avoir un deuxième trou dans lequel passera une des tiges dont nous avons donné plus haut la description.

La tête de la tige est appliquée fortement sur la plaquette et le bout libre, qui passe de l'autre côté, est courbé à angle droit et très serré à l'aide d'une pince. L'appareil est ensuite mis en place, et par les deux trous qui restent sur la plaquette, nous faisons passer deux autres tiges qui vont se fixer de la même facon sur le maxillaire. Nous obtenons ainsi une fixation très rapide, qui ne laisse rien à désirer au point de vue de la solidité.

RESTAURATION D'UN BEC-DE-LIÈVRE BI-LATÉRAL

Par M. Reboul,

Chirurgien des Hôpitaux de Nîmes.

et M. E. Schwartz,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine,

Dentiste des Hôpitaux de Nîmes.

En juin 1894 je rencontrai sur les boulevards de Nîmes un garçon présentant un bec-de-lièvre latéral double, que j'invitai à venir me voir, ce qu'il fit quelques jours plus tard.

A mon examen il présentait les lésions suivantes :

Bec-de-lièvre bi-latéral, fissure cutanée très large, fissure osseuse profonde, ayant pour base cervicale l'os intermaxillaire et s'élargissant vers le fond ; absence totale du voile du palais ; absence des incisives centrales et latérales.

Ce jeune homme, âgé de 18 ans, est d'une constitution faible ; sa mère était morte il y a 5 ans, son père en mai 94. Sa grand'mère, qui a 80 ans, jouit d'une bonne santé et nous a déclaré qu'il ne devait pas y avoir du côté de son fils d'antécédents syphilitiques, mais qu'il buvait beaucoup, d'où nous supposons que la lésion, c'est-à-dire l'arrêt de formation du levier et des branches du maxillaire, était la conséquence de l'alcoolisme. Ce garçon a un frère et une sœur

plus jeunes, bien constitués et paraissant jouir d'une santé parfaite.

Je lui pris un empreinte *ad hoc* et, au retour d'un séjour en Suisse au mois de septembre, nous nous arrêtions à Lyon, où le docteur Claude Martin, avec une bonne grâce et une obligeance rares, dont nous sommes heureux de lui témoigner ici notre reconnaissance, nous fit voir un appareil obturateur de création récente, mais qu'il n'avait pas encore expérimenté.

M. Martin nous engagea vivement à construire un appareil conforme pour réparer les lésions osseuses du bec-de-lièvre en question.

Je pris une bonne empreinte en 4 parties qui me permit de faire un obturateur qui est composé de 4 pièces, dont la principale formait la base (voûte palatine) supportant une cloison garnie de caoutchouc mou reposant sur l'os intermaxillaire et ayant 20 millimètres de hauteur. Cette base portait 5 dents et est fixée avec des crochets en or comme une pièce ; au cas où les dents supérieures viendraient à disparaître, on pourra très bien y adapter des ressorts. De chaque côté de la cloison se trouvent deux ailettes triangulaires mobiles, allongées, glissant l'une sur l'autre au moment de la déglutition; elles sont en caoutchouc dans l'intérieur et il y a un tube triangulaire en aluminium. Comme les angles sont très aigus, nous ne les avons pas faites en caoutchouc creux. Elles mesurent 42 millimètres de longueur sur 28 millimètres de largeur et 17 millimètres de hauteur ; ces ailettes sont maintenues en place et ramenées à la position de repos par une pièce en caoutchouc creux, ronde à sa partie supérieure, à angle obtus à sa base, placée au-dessus des ailettes et mobile comme elles. L'appareil complet, relativement volumineux, pèse exactement 30 grammes.

J'ai eu l'occasion de vous présenter le sujet à Nîmes au mois de novembre dernier, mais la staphyloplastie n'avait pas été pratiquée encore.

Depuis, le malade a été opéré à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, par M. le docteur Reboul, chirurgien des hôpitaux, assisté par MM. les internes ; le sujet fut anesthésié à l'aide du chloroforme. Après lui avoir bien placé la tête, inclinée en arrière, l'opération fut commencée et bien conduite jusqu'à la fin d'après le plan arrêté à l'avance. J'assistais à l'opération, qui dura plus d'une heure et demie.

Après l'opération je plaçai dans la bouche un appareil fixé aux dents, ayant un bourrelet assez volumineux à l'emplacement et en avant des incisives, afin d'empêcher le retrait cicatriciel de trop se prononcer : cela m'avait particulièrement été recommandé par M. Martin. La cicatrisation dura environ 15 jours. Le résultat en fut très beau, et c'est avec un vif plaisir que je rends ici hommage à l'habileté de M. le chirurgien Reboul, car il faut considérer que la lésion était très étendue, et que la pratique de ces opérations ne s'offre très rarement chez un sujet de 18 ans.

Aujourd'hui je vous présente deux moulages en plâtre que j'ai pris directement sur le sujet. Le premier vous représente le malade avec sa fissure labiale : celle-ci est en deux parties, le maxil-

laire du bas peut se détacher et laisser voir la fissure osseuse, car j'ai inséré en place un moulage du modèle.

Le second le représente après la staphyloplastie. Ce moulage vous permet de juger du résultat heureux de cette opération.

La déglutition s'opère d'une façon parfaite. Quant à la phonation, elle est peu modifiée, car le sujet n'a aucune notion des labiales ; mais j'espère qu'après un certain nombre d'exercices il parviendra à mieux parler.

Il est très satisfait et fier d'avoir une figure comme tout le monde, car vous pouvez bien vous imaginer que sa fissure attirait la vue de tout le monde dans la rue. L'ensemble de ces travaux (obturateur et opération) offre un caractère particulièrement intéressant pour les chirurgiens-dentistes, et je suis heureux de pouvoir vous présenter l'ensemble des résultats.

SUR UN CAS D'ANESTHÉSIE PAR LE GAIACOL

Par M. Mahé

Présenté par M. Loup, à la Société d'Odontologie, séance du 3 février 1896.

Je demande à la Société d'Odontologie la permission de lui communiquer, par l'intermédiaire de mon ami M. Loup, et avec l'autorisation de M. le Dr Kuhn, l'observation suivante qu'il m'a été permis de recueillir chez celui-ci.

Dans la seconde moitié du mois dernier, une jeune fille de 23 ans, d'excellente santé, ne présentant aucune contre-indication à l'emploi des anesthésiques, vint demander qu'on voulût bien lui extraire les racines de la 1re grosse molaire supérieure droite et la 1re prémolaire supérieure gauche.

Je procédai d'abord à l'extraction de la 1re grosse molaire.

L'asepsie du champ opératoire fut préalablement assurée par des lavages à l'eau phéniquée ; puis la gencive fut légèrement frictionnée avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution de même nature ; enfin elle fut enduite d'un léger badigeonnage de gaïacoléine pour atténuer la douleur des piqûres. L'aiguille avait été bouillie et la seringue sortait de la solution phéniquée où elle séjourne dans l'intervalle des opérations.

Un centimètre cube de gaïacoléine (d'André) fut injecté en trois piqûres : deux à la face génienne, une à la face palatine. Comme toujours, le liquide fut notablement plus difficile à injecter que la solution grasse de cocaïne. L'aiguille avait été implantée exactement dans le tissu gingival proprement dit ; l'ischémie fut rapide, intense et étendue. A la face palatine elle atteignit presque le raphé médian.

Après cinq minutes d'attente, l'opération fut pratiquée avec un davier, préalablement flambé et plongé dans l'eau phéniquée. *L'extraction fut douloureuse.* La malade, très courageuse, la supporta bien ; mais comme je cherchais à me rendre compte de ce qu'avait été la douleur, elle me déclara qu'elle avait été sen-

siblement égale à celle que je lui avais provoquée la veille, en irritant avec une rugine une pulpe à nu !

Je revis la patiente vingt-quatre heures après. Elle me déclara que la région opérée avait été le siège d'un gonflement rapide et intense, qui avait même envahi la joue, en même temps que s'établissait une douleur sourde et continue d'abord, puis à exacerbations vives, qui l'avait tenue éveillée une grande partie de la nuit. En même temps, elle avait éprouvé une légère surexcitation. Vers quatre heures du matin elle eut de la fatigue et s'endormit.

Quand je la revis, la douleur avait disparu et le gonflement s'était bien amendé ; néanmoins il me parut encore assez net pour qu'il pût être utile d'en prendre un moulage, que je remets à M. Loup en même temps que cette observation.

Avec les mêmes soins et les mêmes précautions que la veille, je pratiquai, au niveau de la 1re prémolaire, l'injection d'un demi-centimètre cube de la phénylcocaïne de M. Poinsot. Une des piqûres avait été poussée profondément et une petite quantité de liquide s'était épanchée dans le tissu cellulaire sous-muqueux. L'anesthésie fut parfaite.

Je revis encore la patiente vingt-quatre heures plus tard ; elle n'avait éprouvé aucun ennui à la suite de cette seconde opération. Seule, la petite quantité de liquide injectée dans le tissu cellulaire y avait provoqué une infiltration légère et peu appréciable.

Dans le même moment, je revis également une malade opérée à la gaïacoléine 15 jours auparavant. Je l'interrogeai et j'appris que l'anesthésie avait été discutable, qu'elle n'avait pas éprouvé de douleur post-opératoire, mais que très rapidement la région opérée s'était tuméfiée, que cette tuméfaction n'avait duré que 12 heures environ à l'état aigu, mais qu'elle n'en avait constaté la complète disparition que depuis 3 ou 4 jours.

J'ai jadis signalé à mes professeurs de l'Ecole, dans une observation non publiée, plusieurs cas de tuméfaction et de douleur post-opératoire à la suite d'injections de phénylcocaïne. Depuis qu'il m'a été possible de prendre des précautions antiseptiques plus rigoureuses que je ne pouvais le faire à l'Ecole, j'ai constaté que ces accidents ne se produisaient plus. L'observation ci-dessus, que j'ai cru devoir présenter à la Société d'Odontologie dans un moment où le gaïacol paraît vouloir prendre place à côté de la cocaïne en anesthésie dentaire, semblerait démontrer qu'avec cet agent de tels accidents ne sont imputables qu'à lui-même.

Enfin j'ajouterai que sur six ou sept opérations pratiquées chez le Dr Kuhn, à l'aide de la gaïacoléine, l'anesthésie n'a été obtenue qu'une seule fois. Les deux malades dont je viens de parler sont les seules que nous ayons pu revoir.

Sans doute, il serait téméraire et prématuré de vouloir tirer d'une si petite expérience des conclusions rigoureuses. Néanmoins, en procédant par voie de comparaison avec les préparations dues à M. Poinsot, qui constituent bien certainement la façon la plus par-

faite que nous ayons d'employer la cocaïne, *il semble* qu'on puisse proposer les suivantes :

1) L'injection est plus difficile à faire.

2) Une dose quelconque de gaïacol procure une anesthésie inférieure à celle qu'on obtient avec une dose moitié moindre de cocaïne.

3) En résumé, le gaïacol semble présenter, au point de vue local, tous les inconvénients de la cocaïne, ou plus exactement des solutions de cocaïne dans les véhicules gras, non diffusibles, quand on les emploie sans précautions suffisantes, sans en posséder les avantages au point de vue anesthésique.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 4 février 1896

Présidence de M. Martinier, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Aucune observation n'étant formulée sur le procès-verbal publié, celui-ci est mis aux voix et adopté.

M. le Dr Roy, secrétaire général, donne lecture de lettres par lesquelles MM. Francis Jean, président, et Dr Sauvez s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Il donne ensuite lecture du rapport annuel (inséré d'autre part) et il ajoute : « Vous m'avez fait, l'an dernier, le grand honneur de me nommer secrétaire général de cette Société. Comme je le suis déjà de l'Ecole et de l'Association, je me trouve à la tête de trois secrétariats, ce qui est beaucoup trop pour un seul homme. Je vous demanderai donc de vouloir bien reporter vos choix, cette année, sur un autre membre de la Société. »

I. — Elections pour le renouvellement du bureau

M. Martinier. — Il va être procédé au scrutin pour le renouvellement du bureau.

La séance est suspendue ; il est procédé au scrutin. La séance est reprise, pendant que le dépouillement a lieu.

II. — Démonstration de l'emploi de l'or de Trey, par M. Toulouse

M. Toulouse démontre l'emploi de l'or de Trey et l'accompagne de la lecture d'une note (sera publiée). Il ajoute qu'il se tient à la disposition de tous pour les essais ultérieurs à faire.

DISCUSSION

M. Martinier. — Je remercie M. Toulouse d'avoir bien voulu venir nous faire une démonstration avec le nouvel or de M. de Trey ; il en avait fait une déjà, le lendemain de la réunion de l'Association générale, et dans la même séance M. Barrié avait expérimenté également un nouvel or. La Société s'intéresse beaucoup à ces démonstrations et, chaque fois qu'il lui sera présenté des innovations de cette im-

portance, elle organisera des réunions spéciales, afin de propager plus rapidement les perfectionnements qu'on apporte sans cesse dans notre profession.

III. — Présentation d'un nouvel or et d'un nouveau ciment, par M. Randorf

M. le Dr Roy. — M. Randorf, qui comptait se trouver parmi nous ce soir, a été obligé de repartir pour Berlin, autrement il vous aurait lu lui-même la communication que voici. (Il en donne lecture) (sera publiée).

Discussion

M. Ronnet. — Comme j'ai expérimenté cet or et ce ciment, je puis vous fournir quelques indications sur leur emploi.

J'ai pris une carie assez difficile, j'ai voulu former un tubercule, et j'y suis arrivé en une demi-heure ; j'ai fait sauter le tubercule et j'ai limé l'aurification. La couche peut se désagréger ; l'or n'est pas très adhésif, il peut pourtant s'employer pour les faces triturantes. L'or présenté par M. Toulouse me paraît préférable.

Le ciment peut s'employer assez facilement, et être ensuite bien poli ; il est extrèmement fin. Je l'ai fait assez liquide d'abord, puis j'ai ajouté plus de poudre. J'ai fini une obturation au brunissoir.

M. Willer. — S'agit-il d'un commerçant ou d'un praticien ?

M. Martinier. — D'un commerçant.

M. Godon — Nous sommes accablés de produits nouveaux. Je voudrais que, lorsqu'ils nous sont présentés, ils fussent accompagnés d'observations, de descriptions, d'expériences. Notre bureau devrait l'exiger ; autrement, on nous soumettra des formules qui ne différeront que par le nom de l'inventeur ou par la forme de la boîte. Pour m'assurer de la valeur d'un ciment, je le soumets chez moi à quatre expériences ; eh bien ! il en est peu qui résistent à ces quatre essais. Quant à l'or, nous en avons fait la remarque, puisque nous avons eu une démonstration à l'Ecole.

M. Martinier. — Le bureau est de l'avis de M. Godon. Les expériences faites par les présentateurs doivent entrer en ligne de compte ; mais il est bon aussi que des essais soient faits par des hommes indépendants, car la garantie sera ainsi plus grande et la discussion basée sur des faits plus précis.

M. Vacher. — L'auteur prétend-il supprimer ou perfectionner l'acide phosphorique ? Ne pourrait-on pas faire à l'Ecole des essais qui renseigneraient les dentistes ?

M. le Dr Roy. — M. Randorf dit que, quand un ciment est fait, tout l'acide phosphorique n'est pas combiné avec l'oxyde de zinc : il se dissout dans l'eau et il y a une désagrégation de la masse. Si on le protége par un revêtement, tout l'acide phosphorique se combine avec l'oxyde de zinc.

Quant aux essais à faire à l'Ecole, le Conseil s'en est occupé et a décidé que l'Ecole procéderait à des essais pour son usage personnel, mais qu'en aucun cas il ne serait fourni de rapport, même

officieux, sur le résultat des expériences, afin d'éviter que les inventeurs ou fabricants ne se servent de ce rapport comme moyen de réclame.

M. Ronnet. — Ces essais ne nous donnent pas de résultats suffisants. C'est le ciment qui adhère le mieux, mais il est difficile de vous fournir des renseignements certains, car il faudrait suivre les malades plusieurs années. Il convient de placer différents ciments dans la même bouche et de s'assurer des effets, car souvent ceux-ci sont différents.

M. Houbriet. — Quand on mélange une poudre et un liquide, il faut des quantités déterminées et des conditions spéciales ; or toutes les formules qu'on emploie pèchent par le manque d'indications. Il faut savoir si l'eau va pénétrer jusqu'au centre de la boulette du ciment. Tous les ciments doivent durcir dans l'eau, autrement ils sont mauvais.

M. Dubois. — Nous faisons les observations dans la bouche depuis que nous pratiquons, et pourtant nous ne sommes pas édifiés sur la valeur réelle des ciments, car les milieux buccaux sont souvent dissemblables et il n'est pas possible dès lors d'avoir une idée des qualités d'un ciment par ces observations dans la bouche ; c'est pourquoi des expériences de laboratoire ont une valeur relative indiscutable, pourtant elles ne nous éclairent pas tout à fait, mais elles dissipent bien des obscurités.

La proposition de M. Godon est très judicieuse, car si nous avions une commission d'examen se livrant à ces expériences, cela vaudrait mieux que les essais faits par les fabricants. Ne serait-il pas possible que la Société d'Odontologie, qui a un budget, pût distraire de celui-ci une petite somme et s'entendre avec le professeur de chimie de l'Ecole pour lui faire essayer les ciments ? M. Roy a paru dire que si des essais faits avec une marque étaient reconnus et déclarés supérieurs, il en résulterait des avantages commerciaux pour l'inventeur. J'estime, pour ma part, que ce serait tant mieux si un fabricant nous donnait des produits supérieurs et je ne vois pas pourquoi cela ne serait pas connu, car à côté des intérêts commerciaux il y a ceux d'une bonne pratique. Je demande donc que le bureau s'entende avec les membres du corps enseignant pour qu'il soit fait par eux des expériences sur certains produits.

M. le Dr Roy. — Tous les liquides de ciment attaquent l'acier ; aussi M. Randorf emploie-t-il une spatule en caoutchouc vulcanisé.

La proposition de M. Dubois demande à être examinée avec soin, car, je le répète, il serait fâcheux que les fabricants pussent tirer parti du résultat de nos expériences, qui, d'ailleurs, devraient être faites dans certaines conditions.

M. Martinier. — La Société d'Odontologie n'a pas de budget, elle vit aux dépens de la Société civile. Néanmoins le nouveau bureau pourrait être chargé d'étudier la proposition.

M. Godon. Je suis d'accord avec M. Dubois sur la nécessité des expériences, mais je voudrais que la commission d'essai ne vînt pas nous dire, comme le faisait le laboratoire municipal au début, qu'un

produit est bon ou mauvais, mais seulement qu'il a donné tels résultats et peut être employé dans telles circonstances ; ce serait le moyen d'éviter toute récrimination et toute réclame.

M. le Dr Roy. — C'est pour cette raison que je demande que la proposition ne soit pas adoptée ce soir purement et simplement.

M. Meng. — Il faut que les fabricants payent ces expériences.

M. Dubois. — Vous êtes en présence d'une proposition improvisée, c'est au bureau de l'étudier et de faire une proposition ferme.

M. Toulouse. — Je me suis adressé à MM. Morin frères pour essayer l'or que je vous ai présenté, il a été considéré comme pur.

La proposition de MM. Godon et Dubois est mise aux voix et adoptée en principe.

IV. — Composition du bureau

M. Martinier. — Voici les résultats du vote :

Nombre des votants : 27. — Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

Pour la présidence.

MM. Martinier. . .	17 voix.	MM. Godon, Stévenin, Ronnet, Mlle Bureau, chacun 1 v.	
Dubois. . . .	3 —		
Francis Jean.	2 —		

Pour la vice-présidence :

MM. Papot	17 voix.	MM. Godon. . . .	2 voix.
Dr Roy	14 —	Francis Jean, Josef, Prével, D'Argent, Cecconi, chacun 1 voix.	
Martinier . .	5 —		
Ronnet . . .	2 —		

Pour le secrétariat général :

MM. D'Argent. . .	11 voix.	MM. Bonnard, Stévenin, Papot, Martinier, Dr Sauvez, chacun 1 voix.	
Loup	6 —		
Dr Roy. . . .	2 —		

Pour le secrétariat des séances :

MM. Jeay	10 voix.	MM. Meng.	3 voix.
Loup.	10 —	Stévenin . . .	2 —
Choquet . . .	6 —	Paulme, Bonnard, Mairi, Prével, Horay, chacun 1 voix.	
Josef.	4 —		
Dr Roy. . . .	3 —		

En conséquence de ces votes, sont élus : *président* de la Société d'Odontologie pour 1896, M. Martinier ; *vice-présidents*, MM. Papot et Dr Roy. Il y a ballottage pour les autres membres du bureau et, par conséquent, lieu de procéder à un nouveau scrutin.

La séance est suspendue ; il est procédé au scrutin. La séance est reprise pendant le dépouillement.

V. — Nouveau modèle de pompe a salive, par M. Houbriet

M. Houbriet.—L'appareil se compose de cônes divergents destinés

à faire l'aspiration au passage du liquide ; l'eau arrive à pleine pression et s'écoule à raison d'un litre par minute. Comme à un moment donné l'eau refluerait par une dépression, j'ai mis un clapet, et le vide est suffisant pour le fermer. L'appareil est branché sur une colonne montante avec un robinet ; un caoutchouc rejoint le tube qui s'en va dans le cabinet et fait le vide dans un flacon de verre, duquel repart un autre tube. Quand l'appareil fonctionne, il débite un litre d'eau par minute, le vide se fait automatiquement dans un réservoir et est toujours maintenu. Tout l'appareil est en dehors du cabinet ; s'il se bouche, on le débouche aisément.

J'ai essayé de faire des ventouses sur la gencive avec cette pompe et j'ai réussi ; le vide se fait et la gencive avance dans le petit réservoir.

DISCUSSION

M. Godon. — Un litre d'eau par minute, c'est beaucoup.

M. Houbriet. — Le débit peut être moindre.

M. Godon. — Faut-il que l'eau coule tout le temps ?

M. Houbriet. — Quand on en a besoin.

VI. — Observation d'anesthésie au gaïacol, par M. Mahé.

M. Loup. — Je suis chargé par M. Mahé de vous donner lecture d'une note sur ce sujet et de vous présenter le modèle qu'il m'a remis.

VII. — Le gaïacol, par M. Lot (de Bordeaux).

M. Godon. — En apprenant que notre ordre du jour portait une communication sur le gaïacol, j'ai pensé à vous en faire une autre sur le même sujet de la part de M. Lot, de Bordeaux. La voici. (Il en donne lecture.)

Gaïacol absolu, préparé par M. Bazin, pharmacien a Bordeaux

Après de nombreuses observations, recueillies dans les cliniques chez les praticiens et à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, toutes à l'avantage de la solution préparée comme je l'indique ci-dessous, la solution de gaïacol, mise en ampoules par M. Bazin, a été prise en considération par tous ceux qui l'ont employée et ont pu apprécier ses qualités, ainsi que sa valeur au point de vue de l'anesthésie locale. Du reste, les nombreuses observations et surtout les plus intéressantes, sont relatées dans la thèse de M. le docteur Charles Contant, médecin des colonies (Bordeaux, imprimerie du Midi, rue Porte-Dijeaux, 91-1895).

1° Les critiques formulées dès le début, sur la production d'accidents consécutifs à des injections de gaïacol, ayant été rapportées à l'imperfection du mode de préparation, nous avons cherché à modifier la formule primitivement adoptée et M. Bazin est arrivé à obtenir une solution titrée au 1/20 de gaïacol absolu dans l'huile neutralisée et stérilisée qui, employée dans les services hospitaliers, n'a pas donné lieu au moindre accident.

2° La solution de gaïacol absolu dans l'huile neutralisée et

stérilisée à l'autoclave, puis enfermée dans des ampoules flambées au four Pasteur, indique que notre gaïacol injectable est préparé selon les règles de la plus complète asepsie (cela étant indispensable lorsqu'il s'agit d'injections sous-cutanées).

L'extrême importance de la neutralité du véhicule portant le gaïacol ne peut échapper au praticien, attendu qu'il joue un grand rôle non seulement dans la préparation du liquide, mais encore dans les effets produits par l'application du liquide.

Les accidents de toutes natures sont évités par ce seul fait.

Mode d'emploi.

Chaque ampoule contient 1 c. c. 1/2 renfermant 1/20° de gaïacol absolu, mais l'on peut arriver à l'anesthésie complète en employant seulement une demi-ampoule :

1° On peut remplir la seringue, préalablement aseptisée, en aspirant directement le liquide après avoir brisé l'une des extrémités de l'ampoule ;

2° On peut aussi, après avoir brisé dans l'ouate les deux extrémités de l'ampoule, recueillir son contenu dans un verre de montre.

L'injection peut être renouvelée dans la même séance, sans inconvénient pour le patient.

M. Godon. — Les expériences qui ont été faites à l'Ecole ne sont pas suffisantes pour se prononcer définitivement sur ce nouvel agent. Nous avons eu, entre autres, un patient chez lequel l'extraction des racines présentait des difficultés, nous avons attendu 7 ou 8 minutes, et il n'a rien senti du tout. M. Lot nous dit, lui, avoir fait plusieurs essais et avoir pleinement réussi.

Cette préparation ressemble aux préparations Vicariot pour la cocaïne. M. Lot nous en adresse plusieurs échantillons destinés à être essayés à l'Ecole.

DISCUSSION

M. Jeay. — M. Viau a tenté quelques expériences et, dans le tiers des cas, il a eu des accidents locaux. Je crois que la préparation des tubes joue, à cet égard, un certain rôle. Au point de vue anesthésique, le gaïacol est loin d'avoir l'effet de la cocaïne.

M. Martinier. — Pour conclure, il résulte que le gaïacol est jusqu'ici très discuté dans ses effets. M. Mahé n'a pas eu de bons résultats, non plus que M. Jeay ; M. Lot, au contraire, en a eu d'excellents ; moi, je ne lui trouve pas d'inconvénients. Je regrette toutefois qu'on soit dans l'obligation d'injecter une seringue tout entière, ce qui est souvent très difficile. J'ai eu, au contraire, des accidents avec le phénol-cocaïne.

M. Jeay. — M. Viau se propose de vous présenter un travail sur cette question.

VIII. — DON AU MUSÉE, PAR M. LECAUDEY.

M. Godon. — Je suis chargé par M. Lecaudey de vous présenter une dent fracturée brusquement dans sa longueur antéro-postérieure, provenant d'un sujet âgé de 55 ans, jouissant d'une bonne

santé, d'un tempérament nerveux et sanguin. L'accident est arrivé pendant qu'il mastiquait une croûte de pain molle. C'est une 3e molaire saine ; le sujet a presque toutes ses dents.

M. Lecaudey fait don de cette pièce au musée.

IX. — Présentation par M. Poinsot.

M. Martinier. — Je suis chargé par M. Poinsot de vous présenter la pièce suivante qui offre une particularité.

En 1878, un monsieur à qui il manquait une incisive inférieure vint trouver M. Poinsot pour lui faire cette pièce : c'était la seule dent qui lui manquait.

En 1895, cette même personne revint pour un dentier complet ; cette fois il ne lui restait plus qu'une dent, c'était le petit appareil fait dix-sept ans auparavant et qui avait toujours été porté depuis ce temps, malgré le manque de soutien.

X. — Election du bureau (scrutin de ballottage).

M. Martinier. — Voici les résultats du scrutin de ballottage pour la nomination des membres du bureau :

Nombre des votants : 16.

Ont obtenu :

Pour le secrétariat général :

MM.	D'Argent. . .	12 voix.	M.	Ronnet.	1 voix.
	Loup.	3 —			

Pour le secrétariat des séances :

MM.	Jeay	10 voix.	MM.	Choquet . . .	4 voix.
	Loup.	10 —		Meng.	1 —
	Josef	4 —			

En conséquence de ces votes, M. d'Argent est élu secrétaire général, MM. Jeay et Loup, secrétaires des séances.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Le secrétaire général,
Dr Roy.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile Roger,
Avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE MONTBÉLIARD

Audience du 30 janvier 1896.

Chirurgien-dentiste. — Dentiste non diplômé. — Anesthésie. — Chlorure d'éthyle. — Appareil Bengué. — Exercice illégal de l'art dentaire.

La disposition de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, aux termes duquel les dentistes non munis du diplôme de l'Etat n'ont le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou

d'un officier de santé, constitue une prohibition absolue, ne comportant ni exception ni distinction.

Le chlorure d'éthyle étant un agent anesthésique ne peut être employé par un dentiste non diplômé.

En vain objecterait-on que le chlorure d'éthyle, appliqué au moyen de l'appareil Bengué, constitue un agent d'anesthésie locale absolument inoffensif.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France contre D.

Des poursuites ont été dirigées par le parquet de Montbéliard contre un sieur D..., dentiste dans cette ville, non diplômé, qui avait, sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, fait emploi d'un agent anesthésique.

Au cours de l'information, des divergences d'opinion se sont produites. Un pharmacien de la ville soutenait que le chlorure d'éthyle, tel qu'il avait été employé par le dentiste, était un anesthésique au point de vue de la loi ; un autre expert officieux prétendait le contraire. Le parquet a alors commis un expert de Besançon avec mission de rechercher et de dire « si le chlorure d'éthyle employé au moyen de l'appareil Bengué constituait un anesthésique au sens de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 ».

L'expert a déposé son rapport dont nous avons extrait les passages suivants :

« Il y a deux sortes d'anesthésie — locale et générale. Il peut y avoir danger et utilité de la présence d'un médecin dans les cas d'anesthésie locale obtenue par injection sous-cutanée ou par mise en contact avec le tégument de cocaïne trop concentrée, en trop grande quantité pendant trop longtemps, car dans ces espèces il y a introduction dans l'économie d'agents toxiques.

Il y a danger dans le cas d'anesthésie générale obtenue par inhalation ; toutefois le danger est presque nul avec l'emploi du chlorure d'éthyle (Clover n'a eu qu'un seul cas de mort sur 1877 anesthésies obtenues avec le chlorure d'éthyle).

Il y a si peu de danger quand l'anesthésie locale est obtenue par le badigeonnage ou l'onction du tégument même excorié, si les excoriations sont peu étendues, avec une solution de cocaïne faible ou en petite quantité, que ce mode d'anesthésie est d'un emploi journalier et que souvent même les malades sont autorisés par les médecins à le pratiquer eux-mêmes.

Il n'y a absolument aucun danger quand l'anesthésie locale est produite par les réfrigérants, puisqu'il n'y a introduction dans l'économie d'aucun agent toxique, la température seule jouant un rôle. L'effet n'est que local, ne se fait sentir qu'à l'endroit visé, et les accidents, s'il en arrive, sont locaux, dus au froid prolongé, et de la nature d'un traumatisme quelconque.

De tous les réfrigérants, le chlorure d'éthyle semble le meilleur, parce qu'il est absolument sans danger.

Conclusion. — Quand on prononce le mot « anesthésie » sans qualificatif, c'est de l'anesthésie générale qu'il s'agit. La loi du 30 novembre 1892 n'a voulu parler que de l'anesthésie générale. La prohibition faite aux dentistes non diplômés ne saurait comprendre des agents d'anesthésie locale absolument inoffensifs comme le chlorure d'éthyle employé avec l'appareil Bengué. »

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France est intervenu pour s'opposer à l'admission par les tribunaux d'un pareil système qui ne serait rien moins que la négation de la loi. Il s'est attaché à démontrer scientifiquement que le chlorure d'éthyle était un anesthésique. Ceci étant établi, il a ajouté qu'en droit les expressions de l'article 32 de la loi de 1892 étaient générales et absolues; que cet article défendait l'emploi de tout agent d'anesthésie à tout dentiste non diplômé, sans avoir à rechercher s'il avait été employé par voie d'inhalation ou de toute autre manière; que par cette expression « anesthésie » il fallait comprendre non seulement l'anesthésie générale, mais aussi l'anesthésie locale ; que les travaux législatifs étaient formels sur ce point ; que s'il en était autrement, on ouvrirait la porte à l'arbitraire.

Les conclusions ont prévalu et le tribunal a rendu le jugement dont la teneur suit :

Le Tribunal,

Vu le jugement avant dire droit du 12 décembre 1895,

Vu le procès-verbal d'expertise déposé le 7 janvier 1895,

Attendu qu'il est établi par l'expert que le chlorure d'éthyle manié au moyen de l'appareil Bengué est bien un agent d'anesthésie;

Attendu que dès lors il n'importe que le chlorure d'éthyle appliqué de cette façon ne produise qu'un effet local et n'introduisant dans l'économie aucune substance toxique et soit ordinairement inoffensif;

Que la disposition de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 aux termes duquel les dentistes non munis de diplôme « n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou officier de santé » constitue une prohibition absolue, ne comporte ni exception ni distinction;

Qu'il ressort des travaux préparatoires (discussion au Sénat, séance du 22 mars 1892) que la législation d'une part a entendu prohiber l'anesthésie locale aussi bien que l'anesthésie générale, d'autre part n'a pas voulu laisser à des personnes qui ne connaissent pas la manipulation des poisons, qui n'ont pas fait d'éducation spéciale, l'appréciation du danger pouvant résulter de l'emploi d'agents anesthésiques quelconques;

Attendu, en conséquence, que D., en faisant usage à Montbéliard, le 21 juillet 1895, du chlorure d'éthyle (appareil Bengué), a commis le délit prévu et réprimé par les articles 32 et 19 de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu que des circonstances atténuantes se trouvant dans la cause en faveur de D., il y a lieu de lui accorder le bénéfice de l'article 463 du code pénal;

Vu, en ce qui concerne les conclusions du Syndicat des chirurgiens-dentistes, partie civile, l'article 17 de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu que, plus ample préjudice n'étant pas justifié, il suffit d'allouer la somme de cent francs à titre de dommages-intérêts;

Par ces motifs,

Déclare le prévenu suffisamment convaincu du délit qui lui est reproché, et, pour réparation, le condamne à seize francs d'amende ;

Le condamne vis-à-vis de la partie civile à un franc de dommages-intérêts;

Dit qu'il sera sursis pendant cinq ans à la peine d'amende ci-dessus.

La question posée à l'expert était la suivante : « Le chlorure d'éthyle employé au moyen de l'appareil Bengué constitue-t-il un

anesthésique *au sens de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892?* » Il faut reconnaître que la question ainsi posée était entachée du vice de complexité, car elle contenait une partie scientifique et une partie juridique. La première rentrait assurément dans la compétence de l'expert; mais la seconde échappait par sa nature à son examen. La seule question qui pouvait être posée à l'homme de l'art eût dû être celle-ci : « Le chlorure d'éthyle est-il un anesthésique? » Tout le sort du procès dépendait de la réponse; si oui, il appartenait au juge seul de rechercher si par ce mot « anesthésie » de l'article 32, le législateur a entendu défendre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale seulement; si les termes de la loi étaient généraux et si elle n'enlevait pas aux dentistes non diplômés, et ce d'une manière absolue, le droit de pratiquer l'anesthésie quelle qu'elle fût, et quel que fût son mode d'emploi. La mission de l'expert était trop compréhensive; il était dangereux d'y faire entrer l'examen de la question de droit réservée au magistrat. C'est très juridiquement d'ailleurs que le tribunal n'a pas suivi les conclusions de l'expert sur ce point. Il suffit de se reporter aux travaux préparatoires pour savoir que le législateur a interdit aux non-diplômés l'usage de tout agent anesthésique, alors même qu'il ne s'agirait que d'une anesthésie locale. « J'estime, a dit M. Brouardel, que les personnes qui n'ont pas fait une étude spéciale ne doivent pas plus pratiquer cette anesthésie locale que l'anesthésie générale. » Les termes de la loi sont « généraux », ils sont, de plus, « absolus ». C'est dire qu'il n'y a pas à rechercher si l'agent anesthésique a été employé avec l'appareil Bengué, ou de toute autre manière réputée *inoffensive*, comme l'a dit l'expert. Nous serions tombés en plein dans le domaine de l'arbitraire si cette thèse avait été admise et confirmée par le tribunal. On aurait toujours soutenu que l'anesthésique, employé par celui qui n'avait pas besoin de l'employer, l'a été dans des conditions de temps, de lieu, de mode qui le rendaient absolument inoffensif. Ce serait la loi entamée, abolie.

Aussi nous estimons, et tel avait été du reste notre avis, que le tribunal, en décidant implicitement que, en droit, les conclusions de l'expert ne pouvaient être admises, a sainement apprécié l'esprit de la loi du 30 novembre 1892.

COMBIEN IL PEUT EN COUTER POUR EXERCER ILLÉGALEMENT L'ART DENTAIRE.

Nous empruntons au *Bulletin Officiel du Syndicat des médecins de la Seine* le relevé des amendes pour exercice illégal de l'art dentaire.

Première infraction : 50 à 100 fr. d'amende.

Récidive : 100 à 500 fr. d'amende.

Avec usurpation du titre de dentiste : 100 à 500 fr. d'amende.

Avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé : 1.000 à 2.000 fr. d'amende.

Qu'on se le dise.

DEUX INSTITUTS DENTAIRES.

C'est trop d'un !

M. Drossner a fondé, rue Richer, un établissement connu sous le nom d' « Institut dentaire ». Il avait installé, boulevard Beaumarchais n° 3, une succursale dont il avait confié la gérance à M. Bauderly. Ce dernier, à un certain moment, s'installa pour son compte, donna à son cabinet la dénomination d' « Institut dentaire de Paris ».

M. Drossner a poursuivi M. Bauderly ; le Tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu que, suivant assignation du 22 janvier 1895, Drossner demande contre Bauderly 10.000 fr. de dommages-intérêts en raison de la concurrence déloyale dont ce dernier se serait rendu coupable à son égard ;

« Attendu qu'il résulte des documents de la cause que Bauderly, après avoir été le représentant de Drossner dans une succursale de son institut dentaire, boulevard Beaumarchais, n° 3, est allé s'installer pour son compte à une petite distance de là, boulevard Henri IV, n° 45 ; qu'il a donné à son cabinet la désignation d' « *Institut dentaire de Paris* », nom similaire à celui sous lequel est connu l'établissement de Drossner, créant ainsi un premier élément de confusion avec l'établissement de son ancien patron ; qu'il a ensuite adressé aux clients de celui-ci une circulaire des termes de laquelle il semblait résulter que son cabinet n'était que la continuation du cabinet de Drossner ;

« Attendu que, dans ces conditions, il a ainsi causé au demandeur par ces faits, qui constituent bien des faits de concurrence déloyale, un préjudice que le Tribunal a les éléments nécessaires pour fixer à 100 francs ;

« Attendu que Drossner demande, en outre, contre Bauderly : la suppression de sa dénomination « Institut dentaire de Paris », de ses écrits, en-têtes, prospectus, lettres et papiers de commerce quelconques, et ce, sous une astreinte de 300 francs par chaque jour de retard ; qu'il y a lieu de faire droit à cette demande en limitant toutefois à 20 francs par jour le chiffre de l'astreinte ;

« Attendu, en outre, qu'il y a lieu de condamner Bauderly aux dépens, dans lesquels seront compris, à titre de supplément de dommages-intérêts, tous droits d'enregistrement auxquels le présent jugement pourra donner ouverture ;

« Par ces motifs,

« Dit que, dans la quinzaine de la signification du présent jugement, Bauderly sera tenu de faire disparaître la dénomination « Institut dentaire de Paris » de ses écrits, en-têtes, prospectus, lettres et papiers de commerce quelconques, à peine de 20 francs par chaque jour de retard pendant un mois, passé lequel délai il sera fait droit ;

« Condamne Bauderly à payer à Drossner la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts en réparation du préjudice causé ;

« Le condamne en outre aux dépens, qui comprendront les droits d'enregistrement de toutes pièces produites aux débats, et ce, à titre de supplément de dommages-intérêts. »

(*Gaz. des Tribunaux.*)

LIVRES ET REVUES

Par M. P. Dubois

Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. Pathologie des dents et de la bouche, par le Dr L. Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant chargé du cours de Pathologie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris, avec 32 fig. intercalées dans le texte. Librairie J.-B. Baillère, 1896.

Le mouvement inauguré en 1880 a eu tout d'abord pour conséquence de réformer la pratique ; maintenant il favorise l'éclosion d'une littérature spéciale qui donnera aux jeunes étudiants dentistes des facilités de travail que ne connurent pas leurs aînés. La traduction des livres de Tomes, l'œuvre de M. Magitot, furent longtemps les seules sources écrites où les étudiants pouvaient puiser ; la terminologie de l'un, le plan et la forme de l'autre faisaient que, malgré la valeur intrinsèque de leurs ouvrages, l'étude en était peu assimilable pour de jeunes intelligences, qui sont bien vite déroutées si le livre entre leurs mains ne répond pas à l'enseignement oral qui leur est donné, si les faits sont groupés autrement, si la terminologie est différente, si les idées leur sont présentées dans la forme de la discussion scientifique où peu de choses sont certaines, au lieu de la forme didactique qui considère les faits acquis comme des données suffisamment solides pour guider l'esprit et la main de l'étudiant.

Il était donc absolument nécessaire de créer pour les élèves dentistes des livres de classe. Celui que nous avons sous les yeux nous semble inaugurer heureusement la série des manuels dont mon ami Godon a pris l'initiative.

La première partie est consacrée à la pathologie dentaire, la seconde à la pathologie buccale ; l'une et l'autre sont sans longueurs, et disent en peu de mots ce que l'étudiant doit au moins connaître. Ce premier livre est un gage de succès pour la collection entière et nous sommes convaincu qu'avant peu il sera dans toutes les mains.

Monographie de la dent de six ans, par le Dr Léon Frey. Société d'éditions scientifiques, 1896. *Th. de Paris.*

Darwin affirmait que dans les races civilisées la molaire de sagesse passait à l'état d'évolution régressive. Les dentistes n'infirmeront pas cette opinion du grand naturaliste ; ils seraient même disposés à ajouter qu'il faut aller plus loin et comprendre dans la dégénérescence d'autres unités du système dentaire.

A lire la pathologie de la dent de six ans dans l'intéressante thèse de notre distingué collègue, on acquerra la conviction, si elle n'est faite déjà, que la première molaire, elle aussi, s'écarte trop souvent de la normale.

Des déductions d'hygiène thérapeutique en découlent et nous aurions aimé que M. Frey insistât sur ce côté de la question.

Quoi qu'il en soit, l'abondance des documents, la méthode et la clarté d'exposition font de la thèse de M. Frey un travail qui restera et devra toujours être consulté par ceux qui voudront s'occuper des problèmes que soulèvent les particularités de la dent de six ans.

REVUE DE L'ÉTRANGER

L'ABCÈS ALVÉOLAIRE CHRONIQUE

Par M. le Dr Metnitz

Etiologie.

L'abcès alvéolaire chronique est la conséquence d'une maladie de la membrane radiculaire durant depuis longtemps, laquelle a été causée par des états pathologiques de la pulpe. Les maladies chroniques de la membrane radiculaire conduisent par la suppuration à la nécrose de la racine se localisant tout d'abord à l'apex ; on peut aussi constater une formation granuleuse sur la membrane radiculaire malade. La première forme est la cause la plus fréquente de l'abcès alvéolaire chronique. Des matières septiques, provenant surtout des portions de pulpe gangréneuse, amenées, par des sondages des canaux radiculaires à travers le foramen de l'apex dans l'alvéole, sont pour la dent une cause d'irritation permanente. Il en est de même des mèches introduites sans précautions dans les canaux de la racine : elles agissent à la manière du piston d'une seringue et poussent le contenu desdits canaux transformé en bouillie. Les gaz qui se sont formés dans la chambre pulpaire et qui ne peuvent trouver d'issue par la cavité buccale entraînent des portions de pulpe avec eux ; des corps étrangers, par exemple des tire-nerfs brisés et introduits dans l'alvéole, la matière obturatrice, contribuent à la production et à la persistance du processus morbide.

Dans la région du point infecté il se développe une suppuration aiguë, qui peut devenir chronique si la cause n'est pas supprimée. Dans le cas le plus favorable, c'est une inflammation limitée donnant lieu à de la suppuration ; il en résulte une destruction de la partie spongieuse de la substance osseuse. Le pus, si la dent n'est pas extraite, se crée une issue soit par le canal radiculaire, soit par l'alvéole le long de la racine, ou bien il traverse la gencive et parfois la peau elle-même. En même temps que la cavité de l'abcès s'agrandit dans l'os, la nécrose de l'apex augmente, de telle sorte que finalement la racine, dépourvue de périoste dans toute sa longueur, pénètre librement dans cette cavité.

Dans l'autre forme de maladie chronique de la racine, la périodontite chronique granuleuse, la cavité de l'abcès est pleine de granulations, entre lesquelles il n'y a jamais beaucoup de pus.

L'abcès de l'apex de la racine entraîne un décollement en cul-de-sac du revêtement périostique de cet apex. S'appuyant sur des observations cliniques, Arkövy a déjà montré le caractère aigu de cet abcès et désigne les cas chroniques d'aspect analogue sous les noms de granulome ou de périodontite chronique de l'apex (les fongosités radiculo-dentaires de Malassez). Les recherches histologiques de Rothmann confirment pleinement cette manière de voir. Se fondant sur le résultat de ces recherches, cet auteur représente cet abcès comme un processus d'inflammation se développant dans les mêmes conditions et pour les mêmes causes que la périodontite aiguë purulente diffuse, comprenant la totalité de la membrane radiculaire.

Pourquoi se forme-t-il un abcès sous le périoste de l'apex et non une infiltration du tissu de la membrane radiculaire ? Rothmann explique qu'à l'apex le périoste est considérablement plus fort que sur les autres points et que, par conséquent, le pus formé ne pénètre pas dans le tissu de la membrane radiculaire, mais détache celle-ci de la dent et, de cette façon, amène la formation de l'abcès apical.

Anatomie.

L'abcès chronique alvéolaire, ou plus exactement l'abcès chronique intra-alvéolaire, est un abcès osseux dont le siège se trouve dans la partie spongieuse du procès alvéolaire du maxillaire. Si l'on ouvre la cavité de l'abcès et que l'on y introduise des gaz iodoformés pour séparer les parois de la plaie, on peut y apercevoir, 24 heures après, un ou plusieurs apex de racines de dents, dépourvus de périoste ou couverts de granulations. Ces dernières se forment aussi sur les parois de la cavité. Dans la période de développement la cavité de l'abcès envahit toute la partie spongieuse du procès alvéolaire dans la région de la dent malade.

La substance corticale compacte forme pour trois côtés des dents antérieures la paroi osseuse, savoir du côté labial, du côté palatin et vers le plancher de la cavité nasale, tant que le processus n'amène pas la nécrose de celui-ci. Avec le temps les trois parois se trouvent également détruites.

La paroi faciale est traversée dans la plupart des cas. Mais la paroi palatine est atteinte aussi par les abcès alvéolaires, surtout par ceux qui se forment sur l'incisive latérale. Quand la poche de l'abcès s'agrandit vers le haut, le plancher osseux de la cavité nasale ou bien celui de la cavité du maxillaire supérieur est également traversé, ce qui amène des maladies de l'antre d'Highmore.

Le pus qui s'échappe de la cavité de l'abcès se fraye une issue ou par le canal pulpaire de la dent qui a donné lieu à l'abcès par suite de la maladie de sa membrane radiculaire, ou par l'alvéole le long de la racine, ou bien il se forme une fistule. Si une occlusion hermétique barre le chemin au pus s'écoulant par le canal de la racine,

il en résulte des douleurs violentes. Le pus s'échappant par l'alvéole le long de la racine est en état de laisser des traces caractéristiques sur celle-ci.

Dans un cas survenu chez un individu jeune, la pulpe de l'incisive supérieure latérale droite s'était mortifiée par suite d'un traumatisme et il s'était développé comme conséquence un abcès alvéolaire. Cette dent, que je fus contraint d'extraire à cause de la suppuration abondante et parce qu'elle était branlante, présentait une couronne intacte. Toutefois la racine était fortement endommagée du côté labial : il n'y manquait pas seulement l'apex, mais en plus on observait un sillon profond dans toute la longueur en arrière. La gouttière produite par le pus qui s'écoulait n'avait de fond que dans la partie la plus inférieure. Plus loin, au-dessus, le canal radiculaire était ouvert sur une large étendue et fortement élargi à la suite de la destruction de sa paroi.

Le canal fistuleux peut être très court et traverser la gencive dans le voisinage immédiat de l'apex de la racine. Le pus peut aussi se montrer après un détour considérable. Des fistules qui proviennent des incisives du maxillaire supérieur débouchent à la hauteur de l'apex malade à mi-chemin de la racine. La plupart du temps l'ouverture de la fistule se remarque sur la face labiale. Les abcès causés par l'incisive latérale supérieure traversent souvent la muqueuse du côté palatin. Mais on observe aussi des abcès provenant d'incisives médianes qui produisent une fistule dans la zone du palais osseux.

Des fistules occasionnées par la canine supérieure se montrent la plupart du temps sur la moitié de la longueur de la racine, mais elles peuvent aussi traverser la peau du visage et se rencontrent même à l'angle intérieur de l'œil où elles peuvent ressembler à s'y méprendre à une fistule lacrymale. Les abcès alvéolaires des molaires traversent la paroi faciale, plus rarement la paroi palatine, mais peuvent aussi traverser le plancher du sinus maxillaire. Souvent plusieurs racines émergent dans la cavité de cet abcès.

Dans la région des dents antérieures du maxillaire inférieur nous rencontrons l'ouverture fistuleuse extérieure presque toujours du côté labial. Les fistules cutanées provenant de ces dents se voient au menton, dans la cavité mentonnière, sous le bord du maxillaire inférieur. Dans un cas observé récemment la fistule cutanée était placée sous la deuxième bicuspide droite, mais produite toutefois par l'incision médiane gauche. En examinant par transparence la dentine, on constatait toutefois une coloration de cette dernière dent. A l'examen ultérieur on remarqua l'insensibilité aux changements thermiques. Avec la sonde introduite par l'ouverture fistuleuse je parvins à 2 cent. en avant et vers la ligne médiane, puis sous le revêtement de l'os à 2 centim. jusqu'à la racine de la dent malade. La pulpe de cette dernière était gangréneuse et en décomposition.

Les abcès alvéolaires provenant des molaires du maxillaire inférieur se font jour aussi vers l'intérieur de la cavité buccale. Mais

ils se montrent aussi à travers la peau des joues, dans la région de l'oreille, du cou et même de la poitrine.

Observations.

On peut étudier sur des maxillaires préparés les pertes de substance résultant des abçès alvéolaires. Sur une préparation on remarque, au point correspondant à l'apex de la racine de l'incisive médiane supérieure droite, un défaut dans la substance corticale compacte et l'apex dans la cavité relativement petite de l'abcès. Celui-ci émerge librement de 1 mm. dans l'intérieur de la cavité. La substance corticale labiale a été détruite par la nécrose.

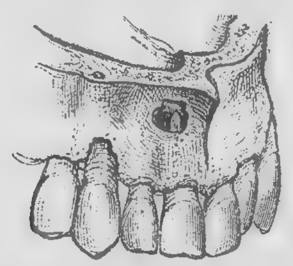


Fig. 1. — Cavité abcédée dans le procès alvéolaire du maxillaire supérieur droit.

Avec le développement du processus, la paroi labiale et la paroi palatine peuvent être détruites par la nécrose, de telle sorte que la substance corticale enveloppe souvent, seulement en forme d'anneau, la partie de la racine immédiatement voisine du collet, et pourtant la dent est maintenue et est souvent à peine plus mobile que dans son état normal. La situation s'aggrave quand la paroi faciale est totalement détruite. La couronne de l'incisive médiane gauche est profondément détruite et colorée par la carie, la chambre pulpaire est ouverte, la racine est, sur son côté labial, complètement dépourvue d'os, dans la cellule dentaire à demi-détruite. Celle-ci n'est conservée que par derrière et sur les côtés de la racine. La racine nécrosée est colorée en vert olive. Sur la même préparation les racines de l'incisive gauche et celles de la 1re bicuspide gauche du côté facial sont, dans une grande étendue, découvertes par l'os, sans qu'on puisse en imputer la cause à une maladie. La substance corticale du côté facial de toutes les dents dans cette préparation est très mal développée et mince comme du papier. Il n'est donc pas étonnant qu'elle ait été détruite dans la région de l'incisive médiane à la suite du processus de suppuration chronique. La racine s'est néanmoins maintenue et n'a pas été chassée par les manipulations que la préparation a subies.

Des abcès alvéolaires provenant aussi de l'incisive médiane du maxillaire supérieur se montrent dans la région du palais osseux. On voit dans une préparation qui le prouve une ouverture ovale, à

bords unis, d'un diamètre sagittal de 9 mm. et d'un diamètre frontal de 8 mm. Le fond de l'abcès est rugueux, avec des excavations correspondant aux espaces médullaires. La substance corticale

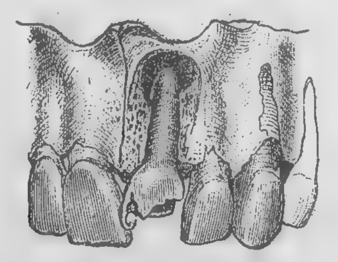


Fig. 2. — Cavité abcédée dans la région des racines de l'incisive centrale supérieure gauche.

compacte de l'os se dirige au bord de l'orifice vers le dedans et forme à l'intérieur de la cavité une bordure entourant l'ouverture. Dans la cavité émergent les apex des deux incisives droites. La couronne de l'incisive médiane est détruite par une carie pénétrant profondément dans les racines, à l'exception d'un fragment d'ivoire. L'apex correspondant est d'une vilaine couleur, dénudé dans tout son pourtour et taché de pus incrusté. L'incisive latérale est fortement développée et complètement intacte.

Une autre préparation montre une cavité d'abcès étendue dans le maxillaire supérieur gauche. Le plancher de la cavité nasale d'une part, la substance corticale faciale et palatine de l'appendice alvéolaire d'autre part, paraissent détruits. La membrane radiculaire enflammée de l'incisive latérale gauche constituait le point d'issue de l'abcès. Du côté facial on constate un grand défaut. L'usure a envahi aussi la cellule dentaire osseuse de l'incisive sur une vaste étendue, presque dans toute la longueur de la racine. L'enveloppe osseuse de la canine moyenne a également beaucoup souffert. La substance corticale est extrêmement mince et peut être traversée sur la racine de celle-ci. La perte de substance du palais osseux est très considérable ; la racine de l'incisive latérale est dépourvue à partir de l'apex jusqu'au delà de la moitié de toute enveloppe et de tout appui. Du côté facial la racine est à nu jusqu'au collet. Elle est seulement, vers le palais sur une étendue de 2 à 4 mm. et aux faces latérales dans sa moitié inférieure, entourée de tissu osseux. Il semble qu'une semblable racine doive être particulièrement branlante, et pourtant l'examen dénote une solidité surprenante et, sur la préparation, on ne peut pas la mouvoir avec les doigts. Il est vrai que la préparation n'a pas macéré, les parties molles ayant seulement été raclées. Les restes peu abondants du périoste de la racine contribuent notablement au maintien de celle-ci.

Cette préparation offre un grand intérêt pour le traitement thérapeutique. J'ai constaté sur le vivant un cas semblable dans lequel

il s'agissait de l'incisive latérale supérieure droite. La racine avait presque totalement perdu son alvéole à la suite d'un abcès alvéolaire. Un peu au-dessus de l'apex on pouvait pénétrer par l'ouverture fistuleuse avec la sonde dans la cavité de l'abcès. Autour de celle-ci se trouvait un grand espace vide. Dans une direction déterminée

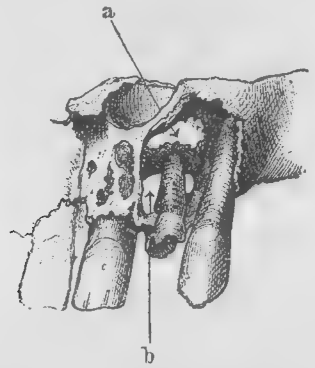


Fig. 3. — Cavité abcédée dans la région de l'incisive latérale supérieure gauche.

vers le palais manquait la paroi osseuse de cet espace et on sentait que la fermeture était molle et lâche. Le même fait se constatait dans une certaine direction sur le plancher de la cavité nasale. On pouvait constater avec certitude que le plancher et que le palais osseux étaient traversés. Il ne fallait pas songer à une tentative énergique pour la suppression de l'abcès alvéolaire en conservant la dent. Celle-ci tenait encore assez bien et le patient en était satisfait. Un jour, celui-ci se présenta et me montra un fragment d'os qui provenait du bourrelet de gencive de la dent malade. Ce fragment appartenait à la partie faciale de l'anneau osseux qui entourait la portion inférieure de la racine. La racine était alors totalement dépourvue de revêtement osseux du côté facial. Il fallait admettre que la dent ne pourrait pas fonctionner plus longtemps. Le patient déclara toutefois vouloir encore essayer de la conserver. Depuis, il s'est écoulé plus d'un an, et elle est encore dans sa mâchoire, sans être extraordinairement branlante.

Sur une autre préparation on voit, dans la paroi faciale du maxillaire supérieur gauche, détruit sur une vaste portion de la partie nécrosée, un vide qui s'étend sur la plus grande partie de la face antérieure de la canine gauche ; l'incisive médiane et l'incisive latérale gauche émergent à découvert dans la cavité et sont, dans la région du collet du côté labial, dépourvues d'os en très grande partie. Le plancher de la cavité nasale et le palais osseux ont disparu. D'en bas la préparation présente un grand trou dans le palais osseux. Par le vide on aperçoit les deux racines des incisives qui sont maintenues par un pont osseux s'étendant du foramen à la canine.

Cette préparation explique ce fait étonnant que le liquide injecté dans une des deux racines ressorte par le canal pulpaire de l'autre.

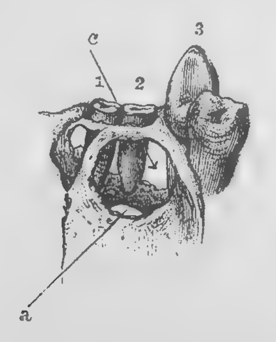


Fig. 4. — 1, incisive moyenne; 2, incisive latérale; 3, canine; *a*, perforation dans le plancher de la fosse nasale; *c*, défaut dans la paroi labiale.

Arkövy, dans son *Diagnostik der Krankheiten* (Diagnostic des maladies), attire l'attention sur cette réunion du fond de l'alvéole de deux dents voisines en une caverne. Smreker cite un cas où du liquide injecté dans le canal radiculaire de l'incisive centrale s'écoula par la chambre pulpaire ouverte de l'incisive latérale.

Les abcès alvéolaires dans la région des bicuspidées et des molaires peuvent prendre des dimensions telles que plusieurs racines

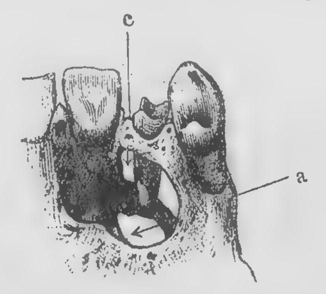


Fig. 5. — *a*, Perforation atteignant le plancher de la fosse nasale et *c* la paroi faciale.

non seulement de la même dent, mais même des dents voisines pénètrent dans la cavité de l'abcès. Dans un cas cette cavité comprenait les deux racines externes de la 2e molaire. Au-dessus de cette dernière le plancher osseux de l'antre d'Highmore est nécrosé, de telle sorte que la cavité de l'abcès alvéolaire communique avec la cavité du maxillaire supérieur, du moins depuis que celui-ci a macéré. Des maladies de la membrane radiculaire des molaires peuvent avoir de l'effet sur la paroi et le déchaussement de la cavité du maxillaire. Le pus des abcès alvéolaires se fraye fréquemment un chemin dans le sinus.

Diagnostic.

Il existe plusieurs moyens de reconnaître l'existence d'un abcès alvéolaire chronique. Avant tout on remarque une émission de pus par le canal radiculaire ou par une fistule ou aussi par l'alvéole, le long du canal. Si l'écoulement de la sécrétion est empêché, les phénomènes connus qui se rattachent à l'accumulation d'une sécrétion surviennent. En voici un exemple :

Un jeune homme de 18 ans était traité par moi pour les deux incisives supérieures gauches qui étaient fortement atteintes par la carie. Les pulpes étaient gangréneuses : la canine latérale portait une fistule gingivale. Point de douleurs. Le nettoyage des canaux radiculaires est effectué de telle manière que, s'il n'y avait pas eu d'état pathologique de la membrane radiculaire et de la région voisine, on aurait pu fermer hermétiquement. La fistule fut traitée de la façon suivante : après avoir revêtu la canule d'une seringue de Pravaz avec du ciment dans le canal radiculaire de l'incisive latérale, une solution phéniquée à 5 0/0 était injectée dans le canal fistuleux. Après disparition de toute humidité dans les canaux radiculaires, des filaments de ouate y furent introduits et la cavité fut obturée provisoirement avec la *dentine artificielle* de Fletcher. Quelques jours après le patient revient et se plaint que l'incisive médiane l'ait fait souffrir pendant la nuit. La douleur augmentait d'heure en heure et la dent était sensible au toucher ; elle était aussi notablement branlante et sensible à la percussion. Pour pouvoir examiner attentivement les deux dents, j'appliquai la digue et j'enlevai l'obturation provisoire de l'incisive médiane. Du canal radiculaire s'écoulait une grande quantité de pus clair, liquide, jaune sale, d'odeur fétide. On eut beaucoup de peine à arrêter cette sécrétion. En l'absence de tout état inflammatoire aigu de la membrane radiculaire, cette masse étonnante de pus ne pouvait provenir que d'un abcès alvéolaire. Tant que le canal radiculaire. demeura ouvert et laissa libre passage au pus, il n'y eut pas de sensation particulière de douleur.

La fistule gingivale dans la région de l'incisive latérale ne sécrétait presque rien, la dent elle-même n'était pas particulièrement sensible.

Dans ce cas les cavités des abcès alvéolaires ne communiquaient pas entre elles, car autrement le pus aurait trouvé un écoulement par la fistule et les symptômes de l'accumulation du pus ne se seraient pas manifestés.

Tandis que, dans l'abcès alvéolaire, une percussion sur la dent dans le sens de l'axe de la racine provoque de la douleur, on n'en constate aucune dans la forme chronique en question et surtout dans la nécrose de l'apex, à l'exception de l'accumulation du pus. Mais un signe caractéristique de l'abcès alvéolaire chronique, c'est le son mat que la racine rend à la percussion.

Smreker a constaté ce phénomène, l'a reconnu le premier et l'a signalé dans une communication à la Société des médecins dentistes autrichiens de Vienne, le 9 mars 1891. Il a découvert ce symptôme en traitant une fistule dentaire chronique qui débouchait entre les deux bicuspidées du maxillaire supérieur gauche et dans l'embarras de savoir laquelle de ces deux dents il devait considérer comme la cause de celle-ci.

En frappant, dit-il, sur la première bicuspide avec la main droite, tandis que j'avais par hasard un doigt de la main gauche sur la racine correspondante, j'éprouvai une sensation analogue à celle qu'on ressent en examinant le bourdonnement de la voix ou de la poitrine, mais beaucoup plus distinctement.

La même tentative sur la dent voisine ne donna aucun résultat. Ce fait s'explique ainsi : la racine de la première bicuspide était branlante

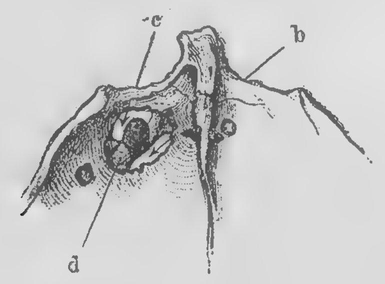


Fig. 6. — *b*, perforation dans le palais osseux ; — *c*, défaut dans la paroi faciale ; — *d*, pont osseux.

à son apex dans l'alvéole, de sorte que ses vibrations n'étaient pas gênées et elle les transmettait au doigt par les parties molles qui la recouvraient. Ce devait être la dent malade. Le traitement justifia le diagnostic.

Depuis, j'ai examiné chaque dent suspecte au moyen du son et j'ai constaté ce dernier, plus ou moins, dans tous les cas d'abcès alvéolaire, surtout aux dents antérieures et aux bicuspides. Il est également assez perceptible aux molaires du maxillaire supérieur, rarement à celles du maxillaire inférieur.

Un autre moyen diagnostique, c'est la forme bombée que prend la paroi de l'abcès au moment d'une injection par le canal radiculaire. Ce phénomène, que Smreker signale aussi, est connu depuis longtemps et je l'ai observé dans le traitement de la fistule dentaire lors de l'injection du canal fistulaire et de l'occlusion volontaire de l'ouverture fistuleuse extérieure avec le doigt. Ce symptôme me fait aussi conclure avec certitude à une cavité d'abcès, mais seulement à une cavité qui, du côté facial ou palatin, a perdu la substance corticale de l'os, dont la paroi contre la cavité faciale extérieure et intérieure, dans la phase avancée contre les deux, n'est plus formée que de parties molles.

Diagnostic différentiel.

Ainsi que nous l'avons dit, les trajets fistuleux provenant d'abcès alvéolaires prennent les directions les plus diverses, comme d'ailleurs la nécrose du maxillaire, conséquence de la périostite alvéolaire chronique. L'ouverture fistuleuse ne se présente pas seulement sur tous les points de la joue, du cou et de la poitrine, mais aussi de la paupière inférieure.

Les fistules siégeant à l'angle intérieur de l'œil peuvent ressembler à s'y méprendre à une fistule lacrymale. La plupart du temps, c'est la canine supérieure dont la racine est parfois démesurément longue et émerge à l'apex. En cas d'inflammation de la racine de cette dent, l'œdème de la paupière inférieure est souvent très prononcé.

L'abcès alvéolaire chronique ne peut pas du tout être confondu avec un kyste folliculaire, et ne peut l'être facilement avec un kyste radiculo-dentaire. Ce dernier se développe de même dans le tissu spongieux du procès alvéolaire et il est en état de courber la substance corticale et d'y produire de la résorption. Les kystes augmentent lentement de volume et sans causer de douleur. Le patient remarque à peine cette augmentation au début, car il n'est pas incommodé, et ne demande des soins que quand la tumeur a notablement grossi et ne disparaît pas. On ne constate aucun phénomène inflammatoire, il ne s'écoule pas de sécrétion, au contraire de l'abcès alvéolaire ; les patients ne peuvent dire d'où provient la tumeur, si sa formation a été accompagnée de douleurs dentaires violentes. La plupart du temps, à l'extérieur du bord alvéolaire, on constate une protubérance, limitée brusquement, qui n'est pas mobile et présente de la fluctuation. L'enveloppe corticale déhiscente est courbée et présente de faux plis parcheminés. Le contenu du kyste est d'ordinaire albumineux, visqueux, gluant, jaunâtre et clair. Il peut aussi suppurer et ressembler alors au contenu d'un abcès alvéolaire. Quand le symptôme de la sensation parcheminée ne s'y ajoute pas, la différenciation est souvent impossible.

Pronostic.

Tant que le processus n'a pas amené de troubles marqués de la substance osseuse, il y a espoir de conserver la dent atteinte. Cet espoir diminue quand la cavité de l'abcès a pris un grand volume. Alors, malgré l'extraction, la guérison peut se faire attendre longtemps. Pour hâter celle-ci on est souvent contraint de curetter ou de cautériser la cavité. Mais si, après l'extraction, le patient ne permet aucune opération, il faut continuer longtemps le lavage et le drainage de la cavité. La situation est très fâcheuse aussi quand le pus trouve une issue dans l'alvéole le long de la racine. Dans ce cas, la cellule dentaire est déjà fortement compromise ou même une partie en est déjà nécrosée. Quand la paroi manque d'un côté de la racine dans la longueur, le pronostic est encore plus défavorable. Si le processus a amené la destruction du plancher de la cavité du maxillaire supérieur et un état pathologique de ce dernier, la conservation de la dent est impossible. Il en est tout autrement quand un kyste du maxillaire, en se développant, fait disparaître la paroi de la cavité du maxillaire au point le plus rapproché. Le kyste a, au contraire de l'abcès alvéolaire, une paroi propre et il se forme tout au plus une communication lors de l'opération qu'on exécute pour l'ablation du kyste du maxillaire. Le kyste peut aussi repousser la paroi de la cavité du maxillaire dans le creux de celle-ci et réduire le bord de cette dernière à un minimum, sans qu'il y

ait de vide dans la paroi osseuse. L'abcès chronique alvéolaire, au contraire, détruit en se développant la paroi osseuse, de sorte que le contenu de l'abcès, s'il ne trouve pas d'autre issue, se répand dans le sinus.

Traitement.

On s'attache avant tout à la conservation de la dent. La sécrétion doit cesser, qu'elle ait lieu par le canal radiculaire ou par une fistule. La dent doit pouvoir être obturée normalement. Après une occlusion hermétique il ne doit plus se produire daccidents résultant d'une accumulation de pus. On ne saurait considérer l'issue du contenu de l'abcès par la gencive et la production d'une fistule comme une guérison. Avant d'obturer le canal radiculaire on doit s'efforcer d'obtenir la guérison de la fistule par un traitement approprié à travers ce canal.

Quand la dent, malgré un traitement soigneux (nettoyage mécanique jusqu'au foramen de l'apex, introduction d'antiseptiques actifs ou emploi de potassium-sodium, etc.) ne supporte pas une occlusion hermétique, ou quand une fistule dentaire existante résiste à tout traitement tendant à la faire disparaître, le développement de la cavité de l'abcès et la maladie de l'apex vont alors si loin qu'il ne reste plus qu'à ouvrir et à curetter la cavité de l'abcès en enlevant l'apex nécrosé.

La résection de l'apex convient surtout aux dents antérieures. L'opération s'exécute facilement aux incisives du maxillaire supérieur; aux bicuspidées elle donne parfois des succès.

Cette résection, comme l'opération tout entière, doit être précédée du traitement du canal et de l'obturation de celui-ci.

La cavité se remplit de fongosités. Il reste une petite excavation la plupart du temps.

Les préparations décrites dans l'*anatomie* prouvent que les racines n'ont pas besoin d'être complètement revêtues et enfermées par la substance osseuse. Une racine restant seulement à moitié dans l'alvéole encore existant, ainsi que la racine entourée dans la dernière phase d'un anneau osseux dans le voisinage du collet, peut être encore fixée de telle façon que la couronne fonctionne.

(*Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Dangers de la teinture d'iode mal préparée. — II. Amalgame d'aluminium. — III. L'action astringente. — IV. Nouveau mode de perforation de l'antre d'Highmore. — V. La gutta-percha comme obturant. — VI. Moyen pour enlever les taches de nitrate d'argent.

I. — Dangers de la teinture d'iode mal préparée

A la *Société Anatomo-Clinique de Lille*, M. Guermonprez a appelé l'attention sur les inconvénients que peut présenter la teinture d'iode mal préparée.

Dans un cas, il s'agit d'un malade atteint d'une affection pulmonaire, auquel on fit, à l'aide d'un blaireau, une large application de teinture d'iode sur la poitrine. Il est bon d'ajouter que cela se passait dans un appartement assez vaste. Bientôt le malade, l'opérateur et même les assistants, qui se trouvaient cependant à une assez grande distance du patient, furent tous pris d'accidents brusques consistant en dyspnée, suffocation, larmoiement, conjonctivite, rhinite, trachéobronchite. En un mot, il survint une irritation de toutes les muqueuses, dont le malade, déjà atteint de la poitrine, se ressentit surtout vivement. On dut ouvrir toutes les fenêtres pour faire cesser les accidents.

On ne pouvait incriminer que la teinture d'iode ; elle avait été préparée avec un alcool de mauvais goût, dénaturé, qui était un mélange d'alcool éthylique et d'alcool méthylique.

Le même accident est arrivé à M. Guermonprez dans un autre milieu, avec une teinture d'iode préparée dans les mêmes conditions. On put se rendre compte du picotement spécial occasionné sur les muqueuses par la teinture d'iode.

M. Augier dit que le même accident lui est arrivé à l'hôpital des enfants de Lille, où, dans un but d'économie, on préparait la teinture d'iode avec de l'esprit de bois. Il a fallu y renoncer ; le picotement au niveau des muqueuses était insupportable, la douleur locale était très vive, et cependant la rubéfaction était peu marquée, car cette teinture d'iode s'évapore trop vite. C'est donc une mauvaise économie, car elle a des inconvénients, et le but thérapeutique est manqué.

II. — Amalgame d'aluminium

Le Dr Carroll vient de composer un nouveau ciment qu'il a présenté à une Société de New-York. Il indique comme avantages ce que chaque praticien qui imagine un amalgame revendique pour sa préparation : absence de rétraction, densité, force extraordinaire des bords, point d'oxydation. Les obturations qu'il a conservées dans une boîte avec une monnaie d'argent et de la gomme à effacer montraient un éclat blanc remarquable, tandis que la pièce d'argent s'était noircie par suite du soufre de la gomme.

(*Zahntechnische Reform.*)

III. — L'action astringente

Il résulte d'expériences faites par le Dr Heinz que les astringents les plus actifs sont le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le perchlorure de fer, le tannin et l'alun.

IV. — Nouveau mode de perforation de l'antre d'Highmore

Lorsque, pour faire le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire, il faut pratiquer, dans les cas douteux, l'ouverture du sinus par le méat inférieur, M. Moure se sert du galvano-cautère. Il place la pointe sur la paroi du sinus au point où on veut l'ouvrir et il fait passer le courant par saccades en appuyant fortement.

D'ordinaire, au bout d'un instant, on sent la pointe du thermocautère pénétrer dans le sinus ; mais parfois la paroi osseuse est trop épaisse, alors le galvano-cautère prépare la voie et on termine avec le trocart.

L'ouverture du sinus comme moyen de diagnostic doit toujours être réservée, dit M. Moure, pour les cas réellement douteux, à cause du danger possible de provoquer, malgré les précautions antiseptiques, un empyème chez des sujets n'en ayant pas.

(*Gazette des Hôpitaux de Paris.*)

V. — La gutta-percha comme obturant

Dans l'*International Dental Journal* le Dr Stoddard donne une méthode pour préparer une gutta-percha servant de matière obturatrice, qui s'amollit à une basse température, mais durcit après un court séjour dans la bouche. On emploie de la gutta en feuilles de Knapp, qu'on coupe en bandes et qu'on laisse 2 ou 3 jours dans une solution de parties égales d'huile de cajeput et de chloroforme. On chauffe jusqu'à durcissement complet et on ajoute du plâtre de Paris jusqu'à ce que toute la masse ait la consistance du mastic, puis on pétrit bien dans les mains, on roule en bandes et on laisse à l'air libre pour permettre au cajeput et au chloroforme de s'évaporer.

(Journal of the British Dental Association).

VI. — Moyen pour enlever les taches de nitrate d'argent

Les taches de nitrate d'argent peuvent être facilement enlevées sur les mains ou les linges.

On couvre d'abord la tache de teinture d'iode, et quelques instants après on met de l'ammoniaque fort et on frotte vigoureusement.

(The Southern Dental Journal and Luminary.)

NOUVELLES

La session annuelle de la British Dental Association se tiendra cette année à Londres les 12, 13, 14 et 15 août.

M. Quénot ayant donné sa démission de président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, M. de Marion a été nommé président du Syndicat. Nos félicitations au nouveau président.

M. Touchard, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris, et M. Damain, directeur de l'Ecole Odontotechnique, ont été nommés officiers de l'Instruction publique.

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à nos distingués confrères.

EXPLOSION D'UN TUBE DE PYROZONE

Un de nos confrères de Paris, M. Amoëdo, voulait ouvrir un tube de pyrozone fermé à la lampe, quand celui-ci fit explosion entre ses mains.

Rappelons à nos lecteurs que ce pyrozone, H^2O^2 (Eau oxygénée), est préparé par la maison Uckesson et Robbins de New-York.

On le trouve dans le commerce sous trois solutions différentes :

I. Solution de pyrozone à 3 0/0 dans l'eau, en flacons de 100 grammes bouchés à l'émeri. Cette solution a une remarquable stabilité, même à la température de l'eau bouillante. On l'emploie comme désinfectant et antiseptique, elle est très efficace dans les traitements des affections catarrhales du nez, gorge, estomac, etc., pour les ulcères, les abcès alvéolaires, la pyorrhée alvéolaire, les fistules, le traitement des dents mortes, etc.

II. Solution de pyrozone à 5 0/0 dans l'éther, en tubes de 30 grammes fermés à la lampe. Cette solution est très vantée en Amérique pour blanchir les dents mortes et comme antiseptique.

III. Solution de pyrozone à 25 0/0 dans l'éther, en tubes de 15 grammes fermés à la lampe ; caustique très énergique ; antiseptique, elle sert également pour blanchir les dents.

Maintenant, voici comment est arrivé l'accident :

Notre confrère avait laissé refroidir un tube à 5 0/0 sous le jet d'eau à 10° centigr. du robinet de sa cuisine pendant un quart d'heure. Il prit alors délicatement le tube entre l'index et le pouce et l'apporta dans son cabinet ; là, il appuya légèrement la pointe du tube contre la cheville en caoutchouc de son établi pour lui donner un trait de lime et pouvoir la casser facilement, lorsque tout à coup, sans qu'il y eût choc ni échauffement, le tube fit explosion. Des morceaux furent projetés de tous côtés, il reçut un éclat dans la paume de la main gauche, et fut blessé aux deux mains et à la

figure par les éclats du tube, dont les parois furent littéralement pulvérisées.

Heureusement les blessures sont très légères et n'ont pas atteint les yeux.

L'ECOLE DENTAIRE DE BARCELONE

Nous avons annoncé dans notre numéro de janvier la création à Barcelone d'une école dentaire due à la seule initiative privée. Complétons aujourd'hui cette indication en ajoutant que la députation provinciale a accordé une subvention de 8000 francs à la nouvelle école.

Le journal *La Odontologia* fait remarquer que ces ressources ne suffisent pas pour couvrir toutes les dépenses des professeurs et de la clinique, mais constituent une base solide à laquelle pourront s'ajouter des dons et des subventions. Il fait appel à cet égard au conseil municipal de Barcelone et aux autres corporations.

Le journal *El Progreso dental* propose, de son côté, au cas où les ressources seraient insuffisantes, d'ouvrir une souscription publique en tête de laquelle il s'inscrit pour 100 francs.

STATISTIQUE DES MALADES REÇUS ET DES OPÉRATIONS FAITES AU DISPENSAIRE DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS DE NOVEMBRE 1895 A FÉVRIER 1896 INCLUS.

Clinique.

Entrées malades nouveaux	3.112	10.809
Entrées malades anciens	7.697	
Consultations et soins pris à la clinique	1.523	3.112
Extractions	1.490	
Extractions (clinique d'anesthésie)	99	

Dentisterie opératoire.

Nettoyages		209	7.697
Pansements		2.898	
Traitements 3e et 4e degrés		2.774	
Obturations	Aurifications	91	
	Etain	48	
	Amalgame	329	
	Ciment et gutta-percha	1.319	
Prothèse	Dents à pivot	29	
	Prothèse (appareils)		
	Redressements		

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RAPPORT ANNUEL

Par M. le Dr Roy,
Secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

La sagesse des nations dit que les peuples heureux n'ont pas d'histoire. Si ce proverbe est vrai, l'Association générale des dentistes de France doit être considérée comme la plus heureuse des Associations, car son histoire, durant l'année qui vient de s'écouler, ne présente aucun fait saillant ; aussi ce rapport sera-t-il des plus brefs.

Quand je vous aurai rappelé le succès de notre banquet annuel, succès auquel M. Rollin s'est si activement employé, et la nomination de notre président honoraire, M. Lecaudey, comme chevalier de la Légion d'honneur, j'aurai épuisé la liste des incidents notables de notre vie si calme. Point n'est besoin de dire la satisfaction qu'a causée à chacun de nous cette dernière nomination; c'est, pensons-nous, un juste sujet d'orgueil pour les divers groupements de cette Société d'avoir fait obtenir cette distinction si légitime à leur premier président.

Un événement important est cependant venu marquer cette année : je veux parler du premier Congrès dentaire national, qui s'est tenu à Bordeaux au mois d'août dernier. L'Association avait voulu participer à cette manifestation professionnelle et elle nous avait fait l'honneur de nous déléguer, mon ami M. Martinier et moi, au comité d'organisation du Congrès. Vous savez tous quel succès ce Congrès a été pour l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale, et je pense être votre interprète en adressant nos vives félicitations à notre président, M. Dubois, promoteur et organisateur de ce premier Congrès dentaire national. C'est à son activité et à son zèle infatigables qu'est certainement due la plus grande part du succès de cette entreprise dont il eut l'honneur, si mérité, d'être le président.

La situation du journal de la Société est toujours des plus prospères et vous pouvez voir, par le budget qui vous a été envoyé, qu'il a donné cette année un notable excédent de recettes. C'est encore notre dévoué président qu'il me faut féliciter en votre nom pour sa gestion si parfaite, qui maintient cet organe au premier rang des publications professionnelles.

Notre Comité syndical a fonctionné régulièrement. Six affaires ont été soumises à son arbitrage, et, sur ces six affaires, quatre ont pu être conciliées. Vous vous associerez certainement aux félicitations que votre Conseil a adressées à M. Claser pour le dévouement qu'il

apporte dans l'exercice de ces ingrates fonctions, dont il s'occupe si activement.

A diverses reprises nous avons vu se manifester ici le désir de voir les deux groupements Ecole et Association se fondre en une seule organisation comme avant la reconnaissance d'utilité publique. Les bureaux des deux sociétés se sont réunis dans ce but; mais malheureusement ils n'ont pu encore faire aboutir cette fusion, du reste bien difficile à réaliser du fait des statuts imposés à l'Ecole par le Conseil d'Etat.

Nous avons eu à déplorer cette année la mort de deux de nos plus anciens membres, M. Audy de Compiègne et M. Morda; ce dernier fut un des membres fondateurs du Cercle des dentistes dont il fut le secrétaire et par conséquent un de mes prédécesseurs à ce secrétariat.

Ce chapitre nécrologique me fournit justement l'occasion de vous parler d'une modification que nous allons vous proposer d'apporter au fonctionnement de la Caisse de prévoyance. Cette branche de notre Société n'a pas eu occasion cette année de donner signe de vie, félicitons-nous-en; mais nous vous proposons de modifier son organisation dans le but d'attribuer, en cas de décès d'un membre de l'Association, un secours à sa veuve ou à ses enfants. Vous apprécierez, nous n'en doutons pas, toute l'importance et l'utilité éventuelle de cette modification. Dans le désarroi qu'amène la disparition du chef de famille, un secours, si minime soit-il, n'est pas toujours à dédaigner; et, puisque j'ai commencé ce rapport par un proverbe, terminons-le par un autre, bien à sa place en la circonstance: petite aide fait grand bien.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Par M. BILLET

Messieurs,

Lorsque, l'année dernière, j'avais l'honneur de vous faire constater le développement de notre Société, tant au point de vue des nouveaux membres, qui chaque jour se font inscrire à l'association, qu'au point de vue financier, je n'osais espérer que l'excédent des recettes doublerait pour l'exercice 1896. Je suis heureux de vous soumettre les résultats de cette situation dont vous avez reçu le détail sur les convocations qui vous ont été adressées.

L'excédent des recettes s'élevait pour 1894 à la somme de 1407 fr. 64; cette année il s'élève à la somme de 2341 fr. 2) et en ajoutant à cet excédent le bénéfice réalisé par le journal l'*Odontologie*, grâce à l'excellente impulsion de son habile directeur M. Dubois, soit 439 fr. 55, nous arrivons à un excédent de 2780 fr. 05, près du double de l'année 1894.

Soit pour l'Association en caisse au 1er janvier 1896.	4865 fr. 49
A la caisse de prévoyance........................	10669 90
Ce qui forme un total de................	15535 fr. 39

Cet actif se décompose comme suit :

Valeurs........................	11464 fr. 70
Numéraire......................	4070 69
Ensemble.......................	15535 fr. 39

Je suis heureux de vous mettre sous les yeux une situation aussi prospère et je vous prie, Messieurs, de vouloir bien approuver les comptes que je viens de vous présenter.

Assemblée générale annuelle du samedi 25 *janvier* 1896.

Présidence de M. Dubois, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

17 membres sont présents.

Le procès-verbal publié est mis aux voix et adopté.

M. Dubois donne lecture de lettres d'excuses de MM. Périgault, Douzillé et Rigollet.

M. le Dr Roy, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

M. Billet, trésorier, donne lecture du sien.

Ces deux rapports sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. Dubois. — Comme M. le trésorier vient de vous le dire, l'*Odontologie* a eu une année exceptionnellement prospère, et les recettes sont montées à 10.874 fr. 56, de sorte que nous aurons à verser 437 fr. 28 dans la caisse de l'Association si toutes les créances rentrent intégralement. Je dois dire qu'il y aura peu de déficit à cet égard. Vous voyez que la combinaison adoptée en 1893 avait des avantages, puisqu'elle permet d'attribuer à l'Association une partie des bénéfices. On sert le journal aux membres de l'Association pour la somme de 5 francs ; comme il est rendu cette année environ un quart de la subvention, il ne reste plus que 3 fr. 75, ce qui, abstraction faite de la valeur de la publication, est un résultat extraordinaire pour une publication de cette importance. Comme on ne peut qu'espérer un accroissement, cela peut devenir une ressource qui ne sera pas à dédaigner.

I. — Proposition de constitution d'une caisse de secours en cas de décès

M. Dubois. — Cette proposition a déjà été agréée en principe par le Conseil et par une commission ; nous ne pouvons néanmoins vous présenter un projet ferme, car les obligations de cette nature ont besoin d'être précisées par des textes. Voici seulement les grandes lignes de la combinaison :

Jusqu'ici la Caisse de secours est restée à peu près intacte et les

fonds s'y accumulent de façon à former un petit capital sans emploi et sans qu'il rende les services de bienfaisance auxquels nous le destinons. Nous devrions donc essayer de faire du bien. Certes, il serait bon de tenter d'accorder des retraites, mais il faudrait d'autres ressources que celles dont nous disposons ; on ne peut en effet en servir, car les capitaux ne se multiplient pas rapidement avec un intérêt de 3 0/0. S'ensuit-il qu'il n'y ait rien à faire ? — J'ai pensé, pour ma part, que l'accident le plus fâcheux, c'est le décès du chef de famille et que, de ce côté, il est possible d'apporter une petite aide aux membres de l'Association. Nos titres nous produisent environ 400 francs de rente, la part de nos cotisations afférente à la Caisse de prévoyance 1.200 francs ; dès lors, quand même nous compterions annuellement 3 ou 4 décès, on pourrait donner une petite somme aux familles. Nous nous sommes arrêtés au chiffre de 200 francs, parce que nous considérons qu'il n'est pas imprudent de faire ce don à la veuve ou aux enfants mineurs d'un dentiste. Certains d'entre nous se sont demandé s'il ne serait pas possible de faire plus. Ne pourrions-nous pas, disent-ils, constituer une Caisse spéciale au moyen d'une cotisation supplémentaire ? Une cotisation de 20 francs par an pourrait assurer, après cinq ans de fonctionnement et après cinq années de cotisation, en cas de décès, un secours de 800 francs, qui ne se confondrait pas avec les 200 francs dont je vous parlais tout à l'heure Cela résulte des renseignements et des calculs précis que notre excellent ami M. d'Argent a bien voulu nous fournir. Il y aurait possibilité de réclamer ces 200 francs pour la veuve et les enfants, sans qu'il y eût enquête. Par cela même qu'on avertirait du décès et qu'on demanderait le secours, celui-ci serait versé. Si, en outre, le membre défunt avait fait l'économie de 20 fr. par an pendant au moins cinq ans, sa famille recevrait de droit 800 francs, ce qui ferait un total de 1.000 francs.

Comme il est nécessaire d'examiner à nouveau la proposition pour arriver à un résultat, nous vous demandons votre sentiment, ainsi qu'une modification des statuts en ce qui touche la Caisse de prévoyance.

M. Richer. — J'approuve entièrement l'idée et je vous demanderai même de l'élargir. Au bout de cinq ans, dites-vous, on aurait 800 fr. ; ne pourrait-on pas accorder au bout de dix ans au membre invalide ou âgé une pension susceptible de l'aider ?

M. d'Argent. — En matière d'assurances on ne fait rien sans argent. Avec la proposition de M. Dubois, la cotisation annuelle de 20 francs est indispensable et constitue un minimum ; au bout de dix ans, la pension serait très minime. La Caisse de prévoyance doit prévoir le remboursement des sommes versées et constituer sa réserve. Si un membre la quitte sans motif, elle lui fait ce remboursement sur sa réserve ; un membre qui verse annuellement 20 fr. ne les sacrifie pas, puisqu'une portion forme le fonds de réserve de la combinaison. Chaque membre ayant un avoir dans la Société, s'il se retire dans des conditions normales, il reçoit une part normale ; s'il se retire dans des conditions anormales, c'est à la Société

de fixer la somme. Dans les conditions où nous nous trouvons, il faut abandonner l'idée émise par M. Richer.

M. Richer. — Cette idée m'a été suggérée par une brochure d'une association de médecins.

M. d'Argent. — Ce que demande M. Richer existe, nous l'avons fondé rue de l'Abbaye.

M. Richer. — Alors qu'on l'applique à notre Société !

M. Godon. — Je suis très partisan de la proposition Richer, et je l'avais formulée moi-même ; mais les tables que M. d'Argent nous a soumises nous ont démontré qu'elle est irréalisable et m'ont fait y renoncer. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas moyen de prévoir une pension, une seule, ou bien 1/2 ou 1/4 de pension en faveur du membre le plus malheureux, à l'instar de ce qu'on fait dans les associations du baron Taylor. Chacun des membres verse une somme minime ; l'Association recueille des fonds par des dons et dispose par exemple de 100 retraites à 200 francs, dont les membres peuvent être appelés à jouir s'ils remplissent des conditions déterminées. Je ne demande pas autant, mais je voudrais qu'un membre dans le besoin pût profiter d'une pension.

M. d'Argent. — Pour avoir une annuité certaine de 200 francs, il faut un capital réalisé de 6.000 francs. La Caisse de prévoyance est toujours une caisse de prévoyance, destinée à soulager les infortunes de ses membres ; elle peut donc disposer de son revenu de 300 francs, sans la sanction de ses membres.

M. le Dr Roy. — Le règlement prévoit-il ce cas ?

M. d'Argent. — S'il s'agit d'une pension, vous ne pouvez pas vous engager pour deux ans, vous ne vous engagez que par trimestre.

M. Godon. — Avec mon système vous pouvez provoquer des dons.

M. d'Argent. — Vous le pouvez aussi actuellement. La première question à se poser est celle-ci : Combien de membres nous faudra-t-il ? Une compagnie qui se fonde constitue un capital, puis elle prend les assurés, en commençant par un, deux, trois : s'ils meurent tous les trois, il faut qu'elle paye. Il est donc prudent de ne pas contracter de charges trop lourdes et de déclarer que, s'il n'y a pas dans un an 40, 50, 60 adhésions, la combinaison ne sera pas réalisée. Restons dans un petit cadre pour ne pas nous mettre de gros frais d'administration sur les bras.

M. Stévenin. — Ne pourrait-on pas faire de l'assurance mutuelle ?

M. d'Argent. — On pourra faire tout ce qu'on voudra ; mais comme ici chaque membre est disposé à s'occuper le moins possible de la Société, il faut donner la préférence à ce qui est très simple.

M. Stévenin. — Dans les assurances on s'engage pour un certain nombre d'années.

M. d'Argent. — Pas la Compagnie, car elle ne le peut pas, excepté pour non-payement de la prime, tandis que l'assuré le peut.

M. Dubois. — On croit toujours qu'en faisant partie d'une société

on place à un taux plus élevé qu'en plaçant individuellement ; pourtant les sociétés, même avec les intérêts composés, ne peuvent pas multiplier les capitaux. Demandez-vous combien il vous faut économiser mensuellement pour constituer les 36.000 francs de capital nécessaires pour avoir actuellement 1200 francs de rente perpétuelle. Pour avoir 1200 francs de rente viagère, le capital est moins élevé. il l'est pourtant assez pour exiger une cotisation de beaucoup supérieure aux chiffres dont nous parlions tout à l'heure. Si vous voulez former entre les mains de la Société une réserve sérieuse et servir des retraites, il faut verser une cotisation très élevée. C'est pour cela que je répondrai à mon ami Godon : vos intentions sont très louables, mais vous demandez trop. Hier nous n'avions rien et aujourd'hui nous avons quelque chose ; n'allons pas trop loin. Le grand avantage de la combinaison que je vous propose, c'est que nous sommes sur un terrain très solide, très sûr. Dans la Société que M. Ducournau a fondée, un examen médical est nécessaire pour entrer, un autre est nécessaire pour constater la maladie, il faut plusieurs dentistes dans la même ville se surveillant réciproquement, il y a une limite d'âge. Nous autres, au contraire, nous ne demandons aucune garantie. Quoique notre solution soit très simple, il en résultera pourtant une complication de nos écritures. Il faut donc n'accueillir le vœu de M. Godon que comme susceptible de se réaliser dans l'avenir et nous contenter de ces 1.000 francs qui constituent une aide véritable.

Il serait imprudent de vouloir faire trop et de s'exposer pour cela à ne rien faire du tout. Comme nous désirons fonctionner en 1896, dites-nous si vous voulez autoriser un secours de 200 francs à la veuve et aux enfants mineurs sur les fonds actuels.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

La seconde proposition fera l'objet d'un rapport et d'un vote distincts.

II. — Proposition de modification aux statuts.

M. Dubois. — Je vous proposerai d'apporter à nos statuts quelques modifications sans importance : la réduction à cinq des sept membres et une réunion tous les trois mois au lieu de tous les deux mois.

Adopté.

M. Dubois. — A l'article 6 je vous demanderai d'ajouter ces mots : *et des intérêts que le capital assure.*

Adopté.

M. Dubois. — Art. 9 (il le lit). Si vous voulez que la caisse rapporte, il faut lui laisser un peu de facilité pour les placements ; vous pourriez dire : *valeurs de tout repos*, telles que créances sur l'Etat, créances hypothécaires.

M. Stévenin. — Mais ne pouvez-vous pas avoir besoin de vos fonds ? Or, ils seront immobilisés avec des créances hypothécaires ; il serait donc prudent de n'en placer ainsi qu'une partie.

L'article 9 modifié est adopté.

M. Dubois. — Nous supprimons l'art. 22 ; puisque, en effet, nous donnons 200 francs, les 50 francs n'ont plus de raison d'être.

Adopté.

M. Stévenin. — Ne pourrait-on pas dire que les *ascendants* auront droit au secours ?

M. Dubois. — Ce ne doit pas être un droit. Du reste, en voulant trop faire, vous ne ferez rien. L'objection a été soulevée, mais elle n'est pas sans réplique. Si vous êtes en présence d'ascendants avares, ils réclameront quoique n'ayant pas besoin de l'indemnité, vous devrez vous incliner et verser.

L'article 23 modifié est adopté.

M. Dubois. — Il serait superflu de vous proposer un texte pour la Société annexe que nous voulons créer à côté de la Caisse de prévoyance ; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle aura des fonds à part, des écritures à part. Nous vous demandons simplement d'en approuver le principe qui est celui-ci : avec 20 francs de cotisation supplémentaire, nous assurons un secours de 800 francs au bout de cinq ans.

Cette proposition est prise en considération.

M. Dubois. — La commission examinera un texte et on convoquera ceux qui auront consenti à faire partie de la nouvelle création pour la discuter.

Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

M. Godon. — Je me suis inquiété des moyens d'assurer nos employés contre les accidents et voici les conditions qui me sont proposées par une compagnie :

La prime annuelle serait, pour les membres de l'Association, de 12 francs par an et par homme assuré si tous ou presque tous les membres de la Société contractaient une assurance, ou même s'il y avait un groupe important qui s'assurât.

S'il n'y avait qu'un petit nombre d'assurés, la prime serait de 15 francs par homme et par an.

Pour cette prime, la Compagnie garantirait en cas de mort un capital de 1.000 francs, en cas d'infirmités de la première catégorie 1.500 francs, en cas d'infirmités de la deuxième catégorie 1.000 fr., de la troisième 500 fr., enfin en cas d'incapacité temporaire de travail une allocation quotidienne de 2 fr. 50.

La responsabilité civile du patron serait garantie jusqu'à concurrence de 5.000 francs par victime avec maximum de 25.000 francs, quel que fût le nombre des victimes résultant du même accident.

Pour traiter l'affaire dans ces conditions, il n'y aurait aucun intermédiaire à rétribuer par la Compagnie. De plus, les patrons possédant une machine à vapeur prendraient l'engagement d'avoir un manomètre.

M. Dubois. — Les indications de M. Godon sont-elles données à titre de renseignement ou bien est-ce un conseil à l'Association pour engager ses membres à s'assurer ?

M. Godon. — A ce double titre.

M. Dubois. — Eh bien, l'assemblée en prend acte, souhaite

que l'Association profite des avantages offerts en assurant tous ses membres et remercie la Compagnie.

M. d'Argent. — Il faudrait que l'assemblée décidât de donner de la publicité au projet de M. Godon dans un rapport inséré au journal, où l'on mettrait en parallèle les conditions normales et les avantages offerts, avantages qui pourraient devenir plus grands encore. Le projet doit donc recevoir plus qu'une sanction, il doit recevoir une publicité qui détermine les membres à s'assurer.

Dans l'état ordinaire des choses, le patron paye à son employé 10 à 12 francs par jour ; avec le projet il y a une économie considérable. Il importe que la publicité le fasse savoir ; je demande conséquemment à l'assemblée d'étendre celle-ci.

M. Dubois. — Le journal donnera à cet égard tous les renseignements désirables.

M. d'Argent. — Les adhésions seraient remises au président.

M. Dubois. — L'an dernier vous avez voté un article aux termes duquel les membres qui n'ont pas payé leur cotisation peuvent être radiés.

Or, M. le trésorier me remet une liste de membres qui n'ont pas payé la cotisation et dont il demande la radiation. En conformité de cet article, je vous en propose, à mon tour, la radiation, sauf arrangement ultérieur avec le trésorier.

Adopté.

M. Dubois. — Je vous demanderai de renouveler votre vœu pour que l'union avec la Société civile devienne plus étroite, parce qu'il est bon de fusionner avec la Société sœur. Etes-vous d'avis que le bureau que vous allez élire marche dans cette voie ?

M. le Dr Roy. — Nous pourrions émettre le vœu que la Société civile modifiât ses statuts pour permettre le vote aux membres de province.

M. Richer. — Il n'y a que cette clause qui nous sépare.

M. Godon. — On fera une démarche au Conseil d'Etat.

La proposition de M. Dubois, amendée par M. Roy, est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois. — J'ai le plaisir de vous annoncer qu'il est fondé à Lyon une Société du Centre comprenant déjà 30 membres.

M. d'Argent demande que l'Association adresse à la nouvelle Société ses compliments de bienvenue.

III. — Election des membres du Conseil d'administration.

M. Dubois. — Vous avez à élire 14 membres pour le renouvellement des membres du Conseil d'administration, les uns de la province, les autres de Paris. Je crois que vous ferez bien de remplacer es premiers par des dentistes de même région.

La séance est suspendue, Il est procédé au scrutin qui donne les ésultats suivants :

Nombre des votants : 17. — Majorité absolue : 9.

Ont obtenu :

MM. d'Argent	15 voix	MM. Chouville	13 voix
Prével	15 »	Lemerle	12 »
Dubois	15 »	Torrès	11 »
Billet	14 »	Devoucoux	9 »
Rollin	14 »	Stévenin	5 »
Legret	14 »	Dubrac	5 »
Guillot	14 »	Lot	2 »
Godon	13 »	Dumorin	1 »
Roy	13 »	Tourtelot	1 »
Richer	13 »		

M. Dubois. — En conséquence de ces votes, MM. d'Argent, Dubois, Prével, Billet, Guillot, Legret, Rollin, Chouville, Godon, Richer, Roy, Lemerle, Torrès et Devoucoux sont élus membres du Conseil d'administration.

La séance est levée à 11 heures 5.

Le secrétaire général,

D^{r} ROY.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Ch. GODON, DIRECTEUR.
(Seizième année) (Dr ROY, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties : l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de [illegible] à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ☉, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux. — **E. Bonnard.** — **J. Choquet.** — **P. Dubois.** — **Francis Jean** ✿ — **Legret.** — **Loup.** — **Papot.** — **Stévenin.** — **Löwenthal.** — **Ed. Prest.**

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿. —

A. Aubeau, ☉. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **A. Ronnet.** — **Wiesner** ✱ ☉.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ☉, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, ☉, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculte de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ☉, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ☉, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ☉, Dr en médecine.
P. Poinsot, ☉, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ☉, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ☉, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ☉. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG ✿, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF.

MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Rollin, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Billet.
Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✵, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

A CÉDER immédiatement, dans une grande ville du Nord, un cabinet faisant un minimum de 20.000 fr. susceptible d'atteindre 35.000. S'adresser au bureau du journal, P. D.

A CÉDER à Paris, pour cause de santé, cabinet produisant annuellement de 32 à 33.000 francs encaissés, quartier de la Madeleine, 1er étage. Clientèle riche. Installation de tout premier ordre. Frais généraux y compris : loyer, patente, domestique, fournitures 8000 francs. Prix : 45.000 francs dont 25.000 francs comptant. Long bail. On resterait à volonté avec l'acquéreur. S'adresser aux initiales L. G., bureau du journal.

A CÉDER pour cause de santé, dans une grande ville de l'Est, cabinet dentaire, rapport justifié 25.000 fr. et plus, susceptible d'augmentation. Clientèle riche. Prix à débattre. Ecrire G. A. nº 11 au bureau du journal.

ON DEMANDE un associé apportant 5.000 fr. et acquérant de cette façon la moitié d'un cabinet dentaire ayant 20 ans d'existence dans la capitale de la Bretagne, 70.000 habitants. Loyer 1500. Chiffre d'affaires 20.000 fr.

S'adresser à M. le Dr Millard, à Rennes.

M. HÉLOT, 62, rue du Bac, à Paris, demande un opérateur diplômé de l'Etat.

UN ALLEMAND de 28 ans, de bonnes manières, pourvu des meilleurs certificats, servant depuis un an COMME CONCIERGE, VALET DE CHAMBRE ET AIDE chez un dentiste de la Suisse allemande, cherche une place analogue dans une grande ville de France.

S'adresser au bureau du Journal.

UN DIPLOMÉ de la Faculté de Médecine de Paris, de l'École Dentaire de Paris, ancien opérateur aux Etats-Unis, parlant l'anglais et l'espagnol, ayant dirigé cabinet dentaire, désire place d'opérateur à Paris, province ou Algérie. Réponse 33 A. Secrétariat de l'Ecole Dentaire, 4, rue Turgot.

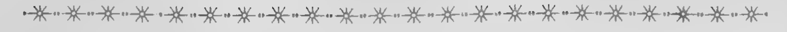
A CÉDER, pour cause de départ, un cabinet faisant 7.000 fr. Prix 6.000 fr., meubles du salon, du cabinet et de l'atelier compris. Moitié comptant, le reste dans deux ans. Ville de 40.000 habitants. Loyer 800 fr. au premier. S'adresser E. H. B., bureau du journal.

ON DEMANDE une place de mécanicien, 15 à 20 francs par semaine. S'adresser à M. V. Houbriet, 111, rue de la Folie-Méricourt.

A CÉDER, après décès, un cabinet faisant 20.000 francs. On laisserait le mobilier du cabinet. Loyer 2.800 fr. Prix 10.000 francs. S'adresser au bureau du journal, L. B.

A CÉDER, à Paris, cabinet dentaire fondé en 1862. Affaires 30.000 fr. Loyer 2.000 fr. S'adresser bureau du journal, R. P. S.

16e ANNÉE AVRIL 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. No 4.



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Paul DUBOIS.

Paul Dubois, né à Paris en 1848, vit les premiers efforts de l'art dentaire français pour secouer la torpeur dans laquelle il était plongé depuis les Fauchard et de ce petit noyau d'écrivains qui, à cette époque, essayèrent de former une littérature professionnelle. En effet, cette littérature fit défaut pendant un grand nombre d'années. Les événements politiques qui se succédèrent et l'absence de législation, laissant la dentisterie abandonnée à l'empirisme, paralysèrent l'élan des nationaux et permirent aux étrangers de prendre une place que l'école française s'était créée et qu'elle aurait dû conserver. Peu à peu cependant, on voit apparaître quelques ouvrages sur les dents, l'anatomie dentaire et le traitement des dents, sur la prothèse même et nous arrivons ainsi à 1850, époque à partir de laquelle les traités spéciaux se multiplient ; mais, hélas ! que de temps perdu !

Après ce tableau rétrospectif écourté à dessein, nous parvenons à 1863, moment où P. Dubois entre dans la profession ; il s'établit en 1869, mais nous ne le retrouvons dans la vie professionnelle active qu'en 1879-80.

A cette date, toute une révolution a lieu dans le monde dentaire. C'est d'abord la création d'une *Chambre syndicale* des dentistes, mais n'acceptant que *certains* dentistes et ayant à sa tête des sommités du corps professionnel, des docteurs, des médecins et des dentistes passant pour les plus habiles.

Dubois se fait inscrire à cette Chambre syndicale, espérant trouver là un nouveau champ d'études et de perfectionnement ; mais son illusion est de courte durée. Il voit bientôt que le bureau seul a droit à la parole et à la discussion, tandis que les adhérents doivent se borner à payer leur cotisation et à ratifier les votes qu'on leur soumet. L'esprit de Dubois ne pouvait subir un tel joug ; aussi, après avoir donné sa démission, en explique-t-il les raisons dans une lettre très nette publiée dans le *Progrès dentaire* de mai 1880. On

y lit cette phrase adressée au Président de la Chambre syndicale : « *Que l'on veuille l'école ou la réglementation par l'Etat, le concours de tous est indispensable* ». C'est d'ailleurs ce qu'avaient bien compris quelques dentistes qui, de leur côté, avaient fondé en avril 1879 le *Cercle des dentistes*. Leur programme, vague au début, devait bientôt prendre corps et aboutir, grâce à l'appel adressé à la bonne volonté de chacun, à la création d'une école dentaire. Cette solution avait bien été envisagée par la Chambre syndicale, mais celle-ci préparait la réglementation.

Dès ce moment, il n'y eut plus de doute, P. Dubois, démissionnaire, abandonnait forcément l'idée chère à la maison, cette réglementation qui devait se faire attendre encore tant d'années.

Il ne pouvait cependant rester inactif, le mouvement qui se dessinait de toutes parts ne pouvait le laisser indifférent : aussi le voyons-nous en décembre 1880 se présenter au Cercle des dentistes, quoiqu'il l'eût qualifié dans la lettre citée ci-dessus de *société de mécaniciens-dentistes*, ce qui, entre parenthèses, lui valut une vive riposte dans le Bulletin du Cercle (juillet 1880).

P. Dubois ne prit pas part à la fondation de l'Ecole dentaire. Peut-être son passage à la Chambre syndicale avait-il laissé dans son esprit des doutes sur l'opportunité ou les chances de succès d'un tel établissement ; toujours est-il qu'en venant s'asseoir sur les bancs de l'Ecole dentaire de Paris en novembre 1881, P. Dubois ne se doutait certainement pas de l'importance de l'union qu'il contractait avec l'art dentaire. Il ne savait de cette spécialité que ce qu'il avait pu en apprendre dans les divers ateliers et cabinets où il était passé, en suivant une filière pour ainsi dire obligatoire à cette époque, faute d'un centre d'enseignement. Il avait complété son éducation professionnelle par une pratique personnelle, cherchant chaque jour à améliorer son modus faciendi par l'observation. Il aimait à s'instruire, et sa bibliothèque prouve qu'il n'avait pas négligé de consulter les auteurs de tous temps et de tous pays pour tâcher d'acquérir des connaissances qu'il ne pouvait inventer de toutes pièces. Il vint donc prendre ses inscriptions, pensant comme beaucoup d'autres qu'il n'y pouvait rien perdre, qu'il y gagnerait peut-être ; mais je crois qu'il y vint surtout parce que, dans le nouveau milieu où il se trouvait, il avait rencontré des voix pour le convaincre et que, revenu de son hésitation première, il était persuadé que le progrès était là et qu'il était de son devoir d'appuyer la marche en avant.

C'est du reste là un des côtés particuliers du caractère de Dubois. Il avait des idées nettes, arrêtées, car elles étaient toutes mûrement réfléchies. Il était cependant très accessible au raisonnement, et ceux qui l'ont vu de près, dans des discussions parfois passionnées, ont été souvent surpris de rencontrer chez lui, après un exposé précis, presque autoritaire de sa pensée, une discussion courtoise, où les arguments contraires à ses idées les plus chères étaient reçus, écoutés et commentés sans aigreur. Lorsqu'il était éclairé, lorsqu'il abandonnait une idée sienne pour adopter celle de son interlocu-

teur, il avait une façon de lui dire : « Ah !... Vous croyez ? » qui résumait tout ; la cause était jugée.

C'est ainsi que Dubois, après avoir quitté la Chambre syndicale et abandonné ses tendances, fut convaincu par les fondateurs de l'Ecole ; il y entra, s'y intéressa pour lui donner ensuite sans aucune réserve le meilleur de lui-même, son dévouement et son intelligence.

A partir de ce moment la vie tout entière de Dubois se partage entre sa clientèle et l'étude. Diplômé de l'Ecole en 1882, il est nommé démonstrateur en 1883 ; l'année suivante il occupe le poste de chef de clinique ; enfin en 1885, il publie son premier *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste.* Pendant toute cette période il fait partie du Conseil de direction de l'Ecole, s'occupe activement de ses fonctions administratives et présente au Cercle des dentistes un rapport sur la réglementation de l'art dentaire, rapport très documenté et travaillé à fond. Cette période de trois ans nous donne un portrait fidèle de ce qu'il fut jusqu'à sa mort, menant de front l'étude, l'enseignement, l'administration et, plus tard, son œuvre capitale, le journal.

L'impression qu'il avait ressentie en entrant dans la profession était restée gravée dans son esprit : la pénurie de livres classiques, l'absence de moyens d'enseignement, l'état arriéré de la littérature spéciale, tout cela lui pesait ; il voyait avec envie la place occupée dans le monde professionnel par d'autres, non qu'il fût ambitieux pour lui-même, mais il l'était pour ses concitoyens. Aussi, du jour où il eut la facilité de s'instruire, n'eut-il plus qu'un désir : travailler sans cesse pour augmenter son bagage scientifique, chercher des collaborateurs animés du même zèle que lui et répandre dans tous les coins du monde l'ensemble des travaux accomplis pour relever le prestige de la pratique et de la science dentaires françaises.

Ici commence pour Dubois une phase nouvelle. Nommé en 1884 directeur-gérant de l'organe de l'Association générale des dentistes de France, *l'Odontologie* (en collaboration avec le Dr Aubeau qui le dirigeait depuis sa création 1881), il se livre à un travail nouveau pour lui, s'habitue à la préparation d'une publication mensuelle et devient un des collaborateurs les plus actifs du journal. L'année suivante, il devait en assumer la haute direction. Il se trouvait ainsi tout préparé pour cette lourde tâche qui, loin de l'effrayer, lui plaisait énormément. Il publie en 1886 et 1887 dans les colonnes de *l'Odontologie* deux articles très complets, le premier intitulé *Recherches statistiques sur les affections du système dentaire*, le second sur *la nécrose phosphorée et sa prophylaxie.* De 1886 à 1890 nous trouvons Dubois professeur suppléant de pathologie et de thérapeutique spéciales ; il écrit pour son cours une leçon des plus remarquables sur les amalgames (*Odontologie* 1887). Pendant cette période déjà si chargée de travaux, son activité dévorante ne recule devant rien, il fait face à tout et accepte encore en 1887 d'aller au Congrès de Washington représenter l'Association des dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris. Il quitte avec un faible subside pour tout

dédommagement de ses peines, et sa famille et sa clientèle.

Il développe là-bas, au nom de la Société qui l'envoie, la question suivante qu'il propose de mettre à l'ordre du jour : *De la nécessité d'une enquête internationale sur l'état du système dentaire des différents peuples*, vaste champ d'études dont il devait plus tard explorer un des coins sous le titre *Les dents des Français.*

Il prend des notes sur l'organisation des Congrès et revient chargé de documents sur un autre sujet qui intéresse le public professionnel au plus haut degré. Dès son arrivée, paraît *l'Art dentaire aux Etats-Unis et son enseignement*, ouvrage très fouillé, qui dénote une observation rigoureuse de toutes choses.

A peine Dubois était-il revenu parmi nous que se pose devant l'administration de l'Ecole et de la Société d'Odontologie (1888) la question si ardue de l'organisation du premier Congrès international dentaire. L'Exposition universelle de 1889 offrait une occasion unique de séparer ce congrès spécial des congrès médicaux où il ne figurait que comme section. Il ne fallait donc pas laisser échapper cette bonne fortune. Mais, pour le bon renom de la France, pour que cette réunion plénière de tous les dentistes du globe reçût une véritable sanction nationale, il fallait, malgré les dissensions qui régnaient alors entre les deux écoles dentaires existant à Paris, que le congrès fût le fruit des efforts de tous les dentistes français.

Il serait superflu de dire ici combien Dubois et ses collègues durent parlementer pour vaincre le mauvais vouloir des uns, la pusillanimité des autres. P. Dubois était convaincu du succès, il fut un des plus ardents dans la lutte et sut rallier bien des oppositions. Il avait à cœur de faire voir à tous que l'art dentaire renaissait de ses cendres et qu'il était en voie de reconquérir la place qu'il n'aurait jamais dû perdre.

En même temps Dubois préparait d'importants travaux : *un essai de terminologie et de classification de quelques maladies des dents et de la bouche*, et *les dents des Français*, deux communications qu'il soumit à la discussion du congrès et qui ont été publiées dans les comptes rendus de cette grande réunion, comptes rendus qui sont également son œuvre.

En 1889 et 1891, nouveaux travaux de Dubois, d'abord une seconde édition de l'*Aide-mémoire*, dont le cadre est considérablement augmenté, puis une communication originale sur les *obturations à l'émail fondu*, question qui était à ce moment à l'ordre du jour.

Pendant cette même période 1889 à 1891, la Société d'Odontologie, reconnaissante de tous les services rendus par P. Dubois à la cause dentaire, lui confie la présidence de ses travaux. L'homme était vraiment bien à sa place : ses connaissances variées dans toutes les branches de l'art dentaire lui permettent de conduire avec certitude les débats soulevés sur chaque question soumise à la Société. La discussion entraîne-t-elle les orateurs loin de leur sujet, d'un mot il les y ramène et, avec une précision que peut seule donner la science vraie, il remet la question au point.

Lorsque Dubois fit ses débuts à l'Ecole dentaire, il avait la parole lente, le ton un peu rude, l'élocution difficile; il le sentit bien et, sans employer, je crois, le moyen de certains orateurs qui se mettent devant une glace pour se voir et s'entendre parler, il réussit à modifier tout cela.

Nous nous souvenons tous de ses derniers discours. Le timbre était tout différent, les idées se succédaient et s'enchaînaient sans efforts, la parole était persuasive, on suivait sans peine sa pensée, et la conviction gagnait peu à peu ses auditeurs.

En janvier 1892, la vie de Dubois reçut une secousse terrible, d'autant plus terrible qu'elle l'atteignait dans sa passion la plus vive, la rédaction de *l'Odontologie*. En effet, à la suite de dissentiments survenus entre les membres de l'Association générale des dentistes de France, Dubois et quelques-uns de ses amis durent abandonner les fonctions multiples qu'ils occupaient à l'Ecole. L'épreuve fut pénible; mais, en homme de cœur, en homme d'action, il n'hésita pas un instant et sacrifia ce qu'il aimait à ce qu'il croyait juste. Il y eut là, pour le travailleur infatigable, pour l'amoureux de l'enseignement et de la vie intellectuelle, un temps de repos des plus durs à supporter. Dubois ne pouvait rester les bras croisés, il ne pouvait ralentir les efforts constants de son cerveau, il fallait sortir de cette inaction fatigante. La solution fut vite trouvée.

Ses amis et lui, réunis en une nouvelle société, fondèrent un nouveau journal, *la Revue Internationale d'Odontologie*. La direction en fut naturellement confiée à P. Dubois.

Le 5 février 1893, l'Ecole dentaire et la profession tout entière subirent une perte irréparable. Le D[r] L. Thomas, le doyen des professeurs de l'Ecole, l'organisateur de son enseignement, mourut subitement au cours d'une promenade à bicyclette, tout comme son collègue et ami P. Dubois devait trouver la mort trois ans plus tard. Ce fut un véritable deuil dans le monde dentaire ; amis et adversaires se réunirent frappés d'épouvante autour de cette tombe si brusquement ouverte. Dubois ne fut certes pas le moins impressionné par cette catastrophe. Il ne devait pas craindre la mort ; mais il se recueillit, et, entre autres réflexions, il se souvint qu'il était mortel, qu'un sort semblable à celui du D[r] Thomas pouvait l'attendre et qu'il n'aurait peut-être pas le temps de dicter ses dernières volontés ; il les écrivit.

Le testament trouvé dans ses papiers est une véritable page de littérature, un morceau de haute philosophie, où l'homme aux goûts modestes, l'homme laborieux et honnête apparaît tout entier. Les religions n'y trouveront pas leur compte, mais il suffit que la morale y tienne la meilleure place. Il ne m'appartient pas de publier ce document in extenso ; en voici seulement une analyse et un passage.

Après avoir remercié sa compagne des bons et de mauvais jours, de lui avoir adouci la vie, P. Dubois demande à être enterré dans un cimetière de campagne, le plus simplement possible, puis il ajoute : « Puisque la nature a voulu que nous ayons deux fils, je compte

sur toi, ma bonne Madeleine, pour en faire deux hommes ayant le culte de la vérité et des goûts simples. Dresse leur esprit à voir juste et à agir avec fermeté.

« Apprends-leur que la jouissance poursuivie est le prix des déceptions. J'espère qu'ils seront des hommes honnêtes, sans que la crainte ou l'espérance d'une vie future les y contraigne ; leur grand-père et leur père paternels ont été d'honnêtes gens sans les idées formulées par les religions existantes.

« Donne-leur le culte et l'habitude du travail, ce sera leur meilleure sauvegarde dans la vie.

. . . .

« Si l'on veut me témoigner quelque sympathie, je serais heureux qu'une petite notice fût publiée dans l'un des deux journaux où j'ai donné le meilleur de moi-même. C'est là tout ce que je demande. »

Suivent des dispositions particulières.

Ces paroles ne sont-elles pas en effet d'une mâle simplicité, ne respirent-elles pas la volonté et la droiture ? Est-il plus belle leçon, plus sages conseils à donner à ses enfants ?

Nous avons vu le dentiste, le professeur, le journaliste, voilà maintenant le mari, le père de famille, l'homme.

Quel ensemble de qualités supérieures réunies chez un même individu. Heureusement sa carrière n'est pas encore terminée. Pendant un an encore la publication de la Revue l'occupe, il y fait paraître plusieurs articles scientifiques et nombre d'études sur la réglementation et l'enseignement de l'art dentaire sous l'empire de la loi de 1892, les décrets promulgués en 1893, etc., etc.

Enfin le calme renaît dans la profession, les désaccords survenus en 1892 s'apaisent et la fusion se fait entre les deux groupes. Dubois et ses amis rentrent à l'Association générale, qu'ils avaient quittée, et des deux journaux on n'en fait plus qu'un seul, dont Dubois est encore le directeur. Ce rapprochement fut une bonne fortune pour la profession tout entière, car le journal, grâce à la réunion des éléments qui formaient les deux organes distincts, put être augmenté de volume. Ce fut une joie infinie pour Dubois de pouvoir donner plus de développement à son enfant chéri.

Rentré à l'Association et à l'Ecole, P. Dubois y reprend possession de ses diverses fonctions antérieures. Il publie une dissertation très étendue sur « *Le rôle des Ecoles dentaires* », puis une nouvelle édition de son *Aide-mémoire* ; enfin il est nommé président de l'Association générale des dentistes de France (1894).

Dubois, qui avait conservé bon souvenir du Congrès de Washington où il avait été délégué, de celui de 1889 dont il avait été un des organisateurs, de celui de Brighton auquel il avait assisté, enfin de celui de Chicago, dont il connaissait les moindres détails, voulait organiser en France des congrès nationaux.

Il considérait ces assemblées périodiques comme un des meilleurs traits d'union non seulement entre les dentistes, mais encore entre les différentes sociétés d'un même pays. Il entreprit une cam-

pagne très active à ce propos ; mais sa voix ne fut pas très écoutée dès le début. Comme il attachait une grande importance à la réussite de cette idée, il revint à la charge et fut assez heureux pour faire décider un premier congrès national dont les assises se tinrent à Bordeaux en août 1895. Ce n'est pas en vain qu'il avait été à la peine, il fut aussi à l'honneur : ses collègues lui donnèrent la présidence du bureau de cette première réunion.

On peut lire dans le numéro de l'*Odontologie* d'août 1895, un article intitulé « *Le premier congrès dentaire national* » et signé P. Dubois. On y trouve les phrases suivantes : « Tous ceux qui ont assisté au congrès de Bordeaux, tous ceux qui liront le compte rendu de ses séances, conviendront avec nous que deux tendances se dégagent du mouvement professionnel dont il a été l'expression : « *élévation scientifique de la masse, politique de conciliation pour rallier toutes les forces vives de la profession.* »

Je ne pouvais mieux terminer cette biographie que par cette citation empruntée à P. Dubois lui-même ; on dirait qu'il a voulu y inscrire sa devise, résumant en deux lignes son but et ses moyens.

Ces travaux multiples ne purent être menés à bien sans peine, sans obstacle à vaincre, et si P. Dubois rencontra des collaborateurs empressés à l'assister, il trouva aussi sur son chemin des adversaires résolus, dans cette question de l'organisation des congrès nationaux entre autres. De même dans les polémiques qui s'élevèrent au sujet de la loi sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire en particulier, Dubois, au début libertaire sans partage, lutta vaillamment contre les partisans de la réglementation, défendant devant les commissions, devant les pouvoirs publics, par la parole et par les écrits, cette liberté qu'il aimait avant tout. Il sentait dans les titres et les droits qu'on voulait nous donner en échange un trompe-l'œil pour faire rentrer l'art dentaire dans le giron des spécialités médicales, dans le giron de la Faculté qui l'absorbera un jour tout entier. L'avenir nous dira si Dubois avait raison.

Après cet exposé, que le cadre nous empêche de faire plus détaillé, car ce ne sont pas les éléments qui manquent, que dire encore pour rendre hommage à une vie si parfaitement remplie, si profondément dévouée à l'art dentaire ? Qu'il nous suffise de faire remarquer que trois sentiments envahissent le cœur de ceux qui se rendent compte du travail accompli par P. Dubois et du vide que creuse dans nos rangs sa mort prématurée : l'admiration, le regret et la reconnaissance, ne sont-ce pas là les meilleurs éloges que l'on puisse faire de sa vie ?

G. Blocman.

SA MORT ET SES OBSÈQUES

Nous avons dit ce qu'a été la vie de Paul Dubois ; il nous reste à dire ce qu'a été sa mort et comment elle s'est produite.

Le lundi de Pâques, 6 avril, profitant d'une de ses rares journées de repos, il se rendait en bicyclette, en compagnie de ses confrères, MM. Blocman, Martinier, Paulme, et de quelques amis de M. Blocman, de Chatou à Poissy, pour y déjeuner. Il était onze heures et demie du matin, et les excursionnistes traversaient Saint-Germain-en-Laye, se dirigeant vers la forêt. Ils sortaient de la rue Louis-Cagnard pour entrer dans la rue de Pontoise, M. Paulme tout à fait en avant, M. Martinier ensuite, M. Dubois le suivant et M. Blocman fermant la marche avec ses amis.

Sur les indications de M. Dubois, M. Martinier s'engagea le premier dans la rue de Pontoise, qui coupe à angle droit la rue Cagnard, lorsqu'il aperçut brusquement, venant en sens inverse, un mail-coach attelé de quatre chevaux et chargé de dix personnes. Aussitôt M. Martinier de s'écrier : « Attention ! », exclamation qui fut répétée par M. Dubois lui-même.

A peine avait-il poussé ce cri qu'une collision effroyable se produisit : M. Dubois était renversé par l'attelage de devant, immédiatement engagé avec sa machine sous les pieds des chevaux et la voiture lui passa lentement sur le corps.

Quand ses amis le relevèrent, M. Dubois était couvert de blessures, le sang inondait sa figure et un large trou était au milieu de son front. On le transporta immédiatement à la mairie de Saint-Germain où les premiers soins lui furent donnés ; il reprit ses sens au bout d'un quart d'heure, se plaignant de vives douleurs internes. Il fut transféré ensuite à l'hôpital de cette ville, où l'on constata de nombreuses lésions qui firent envisager son état comme très grave, tellement grave qu'on conservait peu d'espoir de le sauver.

Sa famille et ses amis furent immédiatement prévenus. M. Heïdé fut notamment chargé du soin d'apprendre la triste nouvelle à l'épouse infortunée de M. Dubois. Elle se rendit en grande hâte auprès du blessé, avec lequel elle put s'entretenir un peu.

Malgré tous les moyens employés pour lui conserver la vie, M. Dubois avait des blessures si nombreuses et si dangereuses qu'il ne put y survivre et qu'il succomba le mercredi soir 8 avril, à 9 heures, après plus de deux jours de souffrances atroces. Il avait eu, pour ainsi dire, une agonie constante, pendant laquelle sa femme n'avait pas cessé d'être à son chevet, encouragée et soutenue par les nombreux confrères et amis qui s'y remplaçaient.

C'est ainsi qu'a fini, à l'âge de 48 ans, notre regretté directeur. A une vie toute de labeur et de peine, a succédé une mort toute de souffrances et de douleurs !

Cette vie avait été simple ; la mort avait été triste : les obsèques devaient être simples, et elles l'ont été. Dépourvues de toute pompe inutile, de cet apparat qui, s'il témoigne de la fortune du défunt, ne prouve aucunement que le deuil soit dans le cœur des assistants, Paul Dubois a été conduit à sa dernière demeure d'une façon modeste, mais digne, et les larmes qu'on a pu voir dans les yeux de ceux qui l'y accompagnaient prouvaient suffisamment le chagrin éprouvé par chacun.

Ses funérailles ont eu lieu le samedi 11 avril, à 10 heures ; elles ont été purement civiles, afin de respecter ses convictions.

Un fourgon des pompes funèbres a transporté le corps de Saint-Germain au cimetière de Carrières-Saint-Denis, où s'étaient réunis la famille et les amis du défunt.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, celui de l'Association générale des dentistes de France, les bureaux des divers groupements dont M. Dubois avait fait partie, le corps enseignant de l'École dentaire, les élèves de cette Ecole, de nombreux médecins et de nombreux confrères français et étrangers, avaient tenu à honneur d'être des premiers à la cérémonie. Des couronnes avaient été offertes, portant les inscriptions des groupes dont elles émanaient.

C'est au milieu du plus grand recueillement et de la plus profonde émotion que divers discours ont été prononcés et écoutés. Le premier, M. Bresnu, maire de Carrières-Saint-Denis, où M. Dubois avait fixé sa résidence depuis plusieurs années, a adressé un dernier adieu à celui qui n'était plus.

M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, a retracé la carrière de son dévoué collaborateur et ami. M. Papot, vice-président de l'Association générale des dentistes de France, a exprimé les regrets qu'éprouvait l'Association de la perte de son président. M. le Dr Roy a parlé au nom du Comité de rédaction de *l'Odontologie ;* M. le Dr Sauvez a pris la parole au nom du bureau du Congrès de 1896 ; M. Cunningham, de Cambridge, au nom des dentistes étrangers ; enfin M. Georges Muller, au nom des habitants de Carrières et de Chatou, du Comité radical et de la Ligue des cérémonies civiles.

Nous reproduisons ci-après ces divers discours dans l'ordre où ils ont été prononcés.

DISCOURS DE M. BRESNU,

Maire de Carrières-Saint-Denis.

Mesdames, Messieurs,

Avant que cette tombe ouverte devant nous se referme à tout jamais sur la dépouille de Paul Dubois, qu'il me soit permis d'adresser un dernier hommage à celui qui fut un digne citoyen, un homme de bien. Aussi est-ce avec une réelle affliction que nous avons tenu à l'accompagner en ce lieu de repos, dernière étape de la vie.

Très sincèrement Paul Dubois a toute sa vie mis d'accord ses principes et ses actes, et sa famille, à laquelle j'adresse mes sentiments de sympathique condoléance, animée d'un pieux respect, s'est conformée à son désir, estimant qu'il n'est pas besoin de racheter par les prières vénales d'un culte qu'il ne pratiquait pas les péchés qu'il n'avait pas commis.

Sa vie, toute de probité, de conscience et d'honneur, peut servir d'exemple à tous ; c'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de lui.

Déposons donc sur sa tombe ces immortelles et adressons un dernier adieu à Paul Dubois qui nous précède dans l'infini. Adieu.

DISCOURS DE M. GODON,

AU NOM DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Mes collègues de l'Ecole dentaire et de la Société d'Odontologie de Paris m'ont confié le pénible devoir d'adresser ici le dernier adieu à l'ami qui n'est plus.

Je suis encore sous l'impression de la profonde stupeur dans laquelle nous a plongés le tragique événement qui vient de nous l'enlever à jamais en pleine force, en pleine santé, en pleine activité de son talent et de son intelligence. Je ne puis que joindre mes larmes aux vôtres et pleurer avec vous le chef aimé de cette malheureuse famille, le soutien de cette pauvre femme et de ces chers petits enfants. Nous le pleurons pour eux et pour ses amis, mais nous le pleurons aussi pour notre profession, notre Ecole et nos Sociétés, dont il fut le serviteur incomparable.

Aussi n'attendez pas que je vous trace ici un tableau complet de son œuvre. Nous ne sentirons toute l'importance de la place qu'il occupait parmi nous que par le vide que causera sa perte et par la difficulté de le remplacer dans ses multiples fonctions.

Celui qui demain écrira sa biographie pour notre histoire professionnelle, dans laquelle il a sa place toute marquée, pourra mieux que moi indiquer quel fut son rôle.

Permettez-moi seulement de vous dire brièvement pourquoi nous sommes groupés autour de cette tombe, près de sa famille et de ses amis, faisant de leur deuil celui de notre profession tout entière.

La place que Paul Dubois occupait parmi nous était considérable. L'histoire des quinze dernières années de sa vie est intimement liée à tous les événements de notre histoire professionnelle.

Entré à l'Ecole dentaire de Paris en 1881, la seconde année de la fondation, il fait partie de cette promotion de diplômés qui a fourni à l'œuvre de si précieux et de si dévoués collaborateurs.

Il comprend à cette époque l'importance du mouvement entrepris pour le relèvement moral et scientifique de cette profession, et il se dévoue avec toute l'ardeur et le désintéressement dont il est capable aux sociétés qui vont être les instruments de cette rénovation.

Et depuis, pendant quinze ans, avec la ténacité, avec la fougue de sa généreuse nature, il sert d'une manière ininterrompue cette

œuvre à laquelle il s'est voué et qui, pour une part si considérable, lui doit ses plus grands succès.

C'est ainsi que nous le voyons tour à tour, à l'Ecole, démonstrateur, chef de clinique, professeur suppléant, professeur et membre du conseil de Direction, directeur du journal *l'Odontologie*, président de la Société d'Odontologie, président de l'Association générale des dentistes de France, président du Congrès de Bordeaux.

Je m'arrête, car elle serait trop longue la liste des différentes fonctions qu'il a remplies, si je voulais les énumérer toutes.

Toutes ces fonctions, Paul Dubois les a occupées en y donnant son intelligence et son activité sans marchander, car il était l'homme du devoir dans toute l'acception du mot. Il se faisait une haute idée du rôle de toute créature intelligente et des obligations auxquelles elle est astreinte envers sa famille, ses amis et l'humanité. Sa vie tout entière est empreinte de cette préoccupation.

Infatigable au travail, amoureux passionné de l'étude et de sa profession, il y consacrait la plus grande partie de son temps ; le reste, il le passait avec sa famille.

Après le fatigant labeur d'une longue journée, il était heureux de se retrouver au milieu des siens, près de son épouse et de ses petits enfants, venus tardivement pour embellir les dernières années de son existence. Ils n'en étaient que plus aimés.

Déjà il entrevoyait leur avenir et formait pour eux des projets que la fatalité est venue détruire. Lorsqu'il ne s'abandonnait pas à leurs caresses, c'était pour se plonger dans les livres et les recherches dont il dotait notre profession.

Il avait acquis un ensemble de connaissances et d'érudition assez vaste pour n'être étranger à aucune des questions de science, de technique ou de politique professionnelle qui s'agitaient devant lui. Il ne dédaignait même pas les problèmes les plus élevés de la philosophie transcendante, de la morale et de l'économie politique.

Digne émule de son éminent ami et regretté maître, le Dr Louis Thomas, dont le souvenir doit être maintenant dans nos pensées associé au sien, il ne se bornait pas seulement aux œuvres, aux publications françaises, il s'adonnait encore à la lecture des ouvrages professionnels étrangers. Aussi, grâce à ses études, à ses connaissances variées, avait-il été pour nous le type parfait du véritable directeur de journal. Tout à l'heure on vous dira combien à cet égard son rôle a été considérable dans le succès et le développement de notre revue professionnelle, *l'Odontologie*, dont il a été le véritable créateur. Dubois s'attachait du reste avec la même ardeur, la même énergie, la même persistance, à toute idée, à toute œuvre qui avaient conquis ses sympathies.

Je vous ai rappelé son rôle à l'Ecole comme professeur, comme administrateur. Membre de toutes les commissions, il suffit à tout, il est partout, pourvu que l'honneur, l'intérêt ou le progrès professionnels soient en jeu. Vous vous souvenez tous avec quelle com-

pétence éclairée il a dirigé les travaux de la Société d'Odontologie, jetant dans chaque discussion la clarté de ses idées précises, de ses conclusions heureuses. Puis il préside aux destinées de l'Association générale, où, quelques jours encore avant que cette fin tragique nous sépare de lui, nous le voyons faire adopter un projet de secours pour la veuve d'un membre de la Société mort prématurément. Et, par une triste ironie du sort, il est la première victime devant en quelque sorte servir d'exemple pour l'application de cette proposition de solidarité professionnelle! Quelqu'un de plus autorisé vous dira sa participation aux grandes réunions internationales de notre art en 1887 à Washington, puis à Brighton, puis au congrès de Paris en 1889, dont il fut un des principaux promoteurs, enfin à l'œuvre des congrès dentaires régionaux, dont l'initiative et le succès lui appartiennent entièrement.

Un des premiers dans les démarches qu'il fallait faire près des pouvoirs publics, il n'était ménager ni de son temps ni de ses peines. Toujours sur la brèche, il n'a cessé pendant quinze ans de défendre avec chaleur la cause des dentistes français. Nous avons tous gardé le souvenir de ses longs rapports, vigoureusement étayés d'arguments solides, de ses polémiques victorieuses, de ses exposés si clairs que nous avons si souvent applaudis. Il était arrivé à force de volonté et de travail à avoir un grand talent de parole, qui faisait de lui le véritable orateur professionnel.

Malgré cette vie si remplie, malgré ces journées de travail commencées si tôt, finies si tard, Paul Dubois a encore eu le courage, à un âge où on ne songe guère plus qu'à jouir de la vie, de se transformer en étudiant pour aller demander à la Sorbonne, puis à la Faculté de médecine, des diplômes que vont obtenir nos jeunes gens de 18 et 20 ans. Ce n'était pas par amour des parchemins de l'État — il n'était sur ce point victime d'aucune illusion, et vous vous souvenez de son dédain des distinctions officielles — mais il estimait qu'il fallait que ceux qui enseignent donnassent l'exemple.

J'aurais trop à dire si je voulais retracer la vie, hélas! si courte et si bien remplie, de l'ami que nous pleurons ; je laisse à d'autres le soin de vous rappeler ce qu'il a fait dans chacune des sociétés dont il faisait partie. J'ai voulu seulement vous montrer quel confrère nous avons perdu. M. le Maire vient de vous dire quel citoyen il était. Je ne veux pourtant pas terminer sans exprimer encore une fois la profonde affliction que nous cause sa fin si tragique, à nous qui avons eu le bonheur de travailler avec lui pendant quinze ans côte à côte, en communion d'idées, de sentiments, d'espérances.

Il nous semble qu'une partie de nous-mêmes s'est en allée avec lui, et nous serions tenté de nous abandonner à notre douleur lorsque nous songeons que toutes ces brillantes qualités, tout ce travail, toutes ces connaissances accumulées, dont nous avions encore tant besoin, sont perdues pour toujours.

Mais puisque la loi naturelle veut que nous disparaissions tous les

uns après les autres, n'est-ce pas pour nous, dans ce grand malheur qui nous atteint, une pensée consolante de songer que celui qui n'est plus laisse derrière lui, dans notre mémoire, comme un prolongement lumineux de son existence, le souvenir d'une vie bien remplie au service d'œuvres d'intérêt général qui doivent lui survivre ?

Cette pensée, j'en suis sûr, a adouci à son lit de mort ses derniers moments. Il est entré dans le sommeil éternel avec cette suprême consolation que le grand exemple d'altruisme que sa vie nous a donné ne serait pas perdu, que nombreux seraient les confrères qui voudraient se consacrer après lui aux œuvres qu'il a servies, mais que plus nombreux encore seraient les amis qui, groupés aujourd'hui autour de cette tombe, offriraient à sa veuve, à ses pauvres petits enfants l'appui que le chef de famille, trop tôt disparu, ne peut plus leur donner.

DISCOURS DE M. PAPOT

Vice-président de l'Association générale des dentistes de France,

AU NOM DE L'ASSOCIATION.

Au nom de l'Association générale des dentistes de France, dont Paul Dubois était le président, j'ai le pénible devoir de lui adresser le suprême adieu.

C'est avec un sentiment de révolte que je prends la parole au pied de cette tombe, si inopinément ouverte, où va reposer ce vaillant lutteur, foudroyé plein de vie par une cruelle injustice de l'aveugle destin.

Qui pourrait en quelques mots vous retracer la part immense que Dubois prit à la rénovation scientifique et morale de l'art dentaire en France, rénovation poursuivie et réalisée par notre Association dont il fut un des meilleurs ouvriers ?

Il était de toutes les luttes et pendant seize ans mena le bon combat, avec quelle ardeur et quel talent ! nos adversaires le savent.

Mais l'histoire de l'Association générale des dentistes de France est tellement liée à celle de l'Ecole dentaire de Paris, qui en est née, que je ne pourrais, pour rendre à Dubois l'hommage qui lui est dû, que vous répéter ce que vient de vous dire son vieux compagnon de lutte, le directeur de cette Ecole.

D'autres vous diront avec quelle énergie le membre des Conseils de Direction de nos diverses Sociétés traitait nos intérêts professionnels, avec quelle science le dévoué professeur s'acquittait de sa tâche et combien ses élèves appréciaient ses fructueuses leçons, après quel labeur acharné le savant auteur de l'*Aide-mémoire* a pu ériger cet édifice de la science dentaire moderne, qui, pendant longtemps encore, restera le meilleur guide et des étudiants et des praticiens, avec quel dévouement de chaque jour, le directeur de *l'Odontologie et la Revue internationale d'Odontologie* a développé cette

publication qui porte si haut et si loin le renom actuel de l'art dentaire français, avec quelle compétence l'ancien président de la Société d'Odontologie de Paris dirigeait ses débats et savait élucider toutes les questions abordées, après quelle lutte notre ami put mener à bien la publication des travaux du Congrès international de 1889 et avec quelle ténacité il put faire éclore l'œuvre des Congrès nationaux, dont le premier eut lieu en 1895 sous sa présidence autorisée.

D'autres vous rappelleront son talent d'orateur et vous diront combien il excellait à exprimer éloquemment notre pensée à tous.

Mais ce que je tiens à dire ici, c'est combien nous l'aimions, combien nous avions tous apprécié la sincérité de sa bonne confraternité, et combien nous prisions le charme de sa franche amitié.

Qu'il était simple et cordial l'accueil reçu dans la maison ensoleillée du bord de la Seine, où notre ami jouissait en si bon père de famille d'instants de repos si laborieusement gagnés !

Esprit ouvert à tous les progrès, il comprenait toute la puissance des associations et des syndicats.

Etrange ironie du sort ! son dernier labeur au sein de notre Société fut l'attribution d'une allocation au décès de nos sociétaires et l'élaboration de statuts pour la création d'une caisse supplémentaire de prévoyance en cas de décès.

Toujours prêt à prêcher d'exemple, n'avons-nous pas vu ce professeur éminent, à 46 ans, se présenter avec ses élèves, devant le jury de l'Ecole de Médecine ? Il n'avait certes rien à gagner à cette consécration officielle ; il s'y soumit cependant, non pour lui, mais pour le profit que l'Ecole dentaire pouvait en tirer.

Le même jour il étudiait les bases de la création du Syndicat des chirurgiens-dentistes dont il fut un des fondateurs.

Cependant la multiplicité de ses occupations professionnelles ne suffisait pas à épuiser son activité. Son grand cœur, son amour de l'humanité le poussaient à l'étude des questions sociales, et je ne saurais vous dépeindre avec quelle conviction cet homme de bien, tout épris d'idées de justice, stigmatisait certaines iniquités sociales.

Sa vie, toute d'abnégation, fut un enseignement et un exemple.

Sa mort nous crée des devoirs de solidarité.

Nous inspirant de la belle formule de l'antique serment d'Hippocrate, nous disons comme le candidat médecin d'autrefois, parlant de son maître en médecine : « Ses enfants seront nos enfants. »

Au nom de l'Association générale des dentistes de France, au nom du Syndicat des chirurgiens-dentistes, j'adresse respectueusement à madame Dubois et aux petits orphelins l'expression de notre douleur et de notre vive sympathie.

Je leur donne l'assurance que, comme eux, nous sommes bien cruellement frappés par la disparition si brusquement injuste de cette intelligence, de ce grand cœur, de cet ami.

Adieu, mon cher Dubois, adieu !

DISCOURS DE M. LE Dr MAURICE ROY

AU NOM DU COMITÉ DE RÉDACTION DE *l'Odontologie.*

Mesdames, messieurs,

Je viens prendre la parole, au nom du comité de rédaction du journal *l'Odontologie*, de cette œuvre à laquelle Paul Dubois a plus particulièrement attaché son nom et qui, à elle seule, suffirait déjà amplement à justifier les témoignages de sympathie et de douleur que l'on vient apporter sur cette tombe si prématurément ouverte.

Lorsqu'on pense à quel niveau il a su amener le journal dont il avait la direction, on ne peut s'empêcher d'être émerveillé de l'activité qu'il lui a fallu déployer pour assurer à cet organe une prospérité sans cesse croissante pendant les onze années qu'il l'a dirigé.

Non seulement il y consacrait tous les instants que lui laissaient ses occupations de clientèle, mais encore il y travaillait au détriment de celles-ci, négligeant plutôt ses affaires personnelles que ce journal dont il avait assumé la direction.

Que d'ennuis, de tracas cependant qu'une œuvre semblable, quand tous les collaborateurs sont des praticiens dont tous les instants sont pris par leurs occupations professionnelles! Quelle peine il avait, suivant son expression favorite, pour leur arracher de la copie ! Mais, toujours sur la brèche, infatigable, il stimulait les auteurs, et provoquait les études sur les diverses branches de l'art dentaire. Que de travaux, de communications qui sans lui n'auraient jamais vu le jour!

La copie se faisait-elle rare, il avait vite trouvé dans ses notes les matériaux d'un article intéressant, soucieux qu'il était de remplir toujours dignement le cadre qu'il avait tracé et qu'il élargissait encore chaque jour. Ce vaste labeur ne l'empêchait cependant pas de trouver par surcroît le temps d'écrire sur l'art dentaire, sous le titre vraiment trop modeste d'*Aide-mémoire*, un véritable traité qui est le meilleur livre que l'on ait publié en France sur la matière.

Les hasards de la politique professionnelle lui enlevèrent quelque temps la direction du journal. Ce fut pour lui une grosse peine, bien qu'il s'efforçât de n'en rien laisser paraître. Fidèle à ses opinions, à ses amis, il n'accepta cependant pas la moindre compromission pour rester à la tête de cet organe, qu'il pouvait considérer un peu comme son enfant.

Toutefois, son inactivité lui pesait, et ce lui fut une grande satisfaction lorsque le groupe dissident dont il faisait partie fonda la *Revue Internationale d'Odontologie* et lui en confia la direction.

Secrétaire de la rédaction et, à partir de ce moment, en rapport constant avec lui, c'est là que je pus plus particulièrement juger son activité, son profond savoir, sa vaste érudition. C'est grâce à lui surtout qu'en très peu de temps ce nouveau journal devint un des organes les plus importants et les plus répandus. Mais son succès croissant n'empêcha pas ses fondateurs de faire cesser une divi-

sion qui pesait à tous, en acceptant une fusion des deux journaux rivaux, fusion à laquelle P. Dubois s'employa de toutes ses forces.

De nouveau à la tête du nouvel organe, *l'Odontologie et la Revue Internationale d'Odontologie,* il redoubla d'efforts, augmentant le nombre des pages, la variété des matières, les illustrations, faisant enfin de son journal, car on peut bien dire qu'il était sien dans une large part, un des organes professionnels les plus appréciés en France et à l'étranger.

Le succès continua de répondre à ses efforts et il nous présentait, au mois de janvier dernier, malgré une augmentation importante des frais, un compte portant un excédent de recettes très notable, dépassant les prévisions les plus optimistes.

Au milieu de son œuvre, en pleine vie, il tombe, frappé d'une façon épouvantable, et sa dernière pensée a été pour son journal, dont il envoya le bon à tirer quelques minutes avant de partir pour cette fatale excursion qui devait lui coûter la vie.

Pouvons-nous croire que nous n'allons plus le trouver à son bureau dans nos réunions habituelles du comité de rédaction, quand il y a huit jours à peine nous l'y voyions plein de vie?

Quelle épouvantable chose que la brusque disparition de cette grande intelligence, de cet homme bon et loyal, estimé de tous, même de ses adversaires !

Nous ne retrouverons donc plus ces bonnes causeries d'autrefois où se révélait à ses amis le lettré, le philosophe plein de la plus profonde pitié pour les faibles, les déshérités du sort, où se découvrait en lui, sous des dehors un peu rudes, l'artiste, l'amateur au goût délicat !

Si ses amis font une perte cruelle, la science dentaire française en fait une non moins grande, car elle perd un de ses plus remarquables représentants qui, grâce au journal qu'il a dirigé avec tant de talent, a porté à l'étranger le renom des dentistes français.

L'Ecole dentaire de Paris s'enorgueillit à juste titre de son journal, mais elle n'oubliera pas que c'est à P. Dubois surtout qu'elle doit de le voir ce qu'il est aujourd'hui, un des journaux dentaires les plus réputés du monde entier.

Ses successeurs tiendront certainement à honneur de continuer l'œuvre si bien conduite jusqu'ici et à laquelle il a indissolublement lié son nom.

Mon bon ami Dubois, c'est avec la plus profonde douleur qu'après ce bien faible témoignage d'affection et de reconnaissance, je vous adresse un suprême adieu au nom du comité de rédaction de l'*Odontologie*, de ce journal qui fut votre œuvre et qui vous survivra comme un éternel hommage à votre mémoire.

DISCOURS DE M. LE D[r] SAUVEZ,

AU NOM DU BUREAU CENTRAL DU CONGRÈS DE 1896.

On vient de vous dire la perte immense qu'éprouvent l'Ecole

dentaire de Paris et les différents groupements qui en émanent dans la personne d'un de leurs chefs les plus anciens, les plus instruits et les plus désintéressés.

Pour nous, nous venons, au nom du bureau central du Congrès dentaire national de l'année présente, adresser un dernier adieu à celui qui fut le créateur et l'instigateur de ces grandes réunions professionnelles. C'est en effet au confrère éminent, dont la mort brutale nous sépare aujourd'hui, que revient tout l'honneur d'avoir organisé le premier Congrès, qui s'est tenu l'année dernière à Bordeaux.

M. Dubois avait été déjà un des membres les plus remarquables des Congrès de Washington et de Brighton, et il avait été nommé secrétaire-rapporteur du Congrès dentaire international de 1889.

Un an après, encouragé par le succès de ce Congrès, il avait proposé de se réunir ainsi tous les ans dans les grandes villes de notre pays. Cette première proposition, faite en 1890, n'eut pas d'écho ; mais M. Dubois était persuadé qu'une heure viendrait où elle serait acceptée avec plus d'enthousiasme, et, avec la persistance dans les idées que nous lui avons tous connue, il la représenta en 1894 à la Société d'Odontologie.

Tout le monde sait combien de temps, combien de travail il lui a fallu pour organiser ce Congrès de Bordeaux, et c'est pour le remercier de son initiative et de ses efforts que tous ses confrères réunis l'appelèrent à le présider. Il avait été à la peine ; il était juste qu'il fût à l'honneur.

Ceux qui connaissent notre monde professionnel peuvent seuls se rendre compte des qualités qu'il était nécessaire de posséder pour mener à bien cette entreprise. Si notre regretté confrère y est parvenu, c'est parce qu'il les avait toutes. Sa grande érudition et son savoir incontesté, les nombreux livres si utiles et si pratiques qu'il a publiés, les communications multiples que l'on trouve dans nos journaux professionnels l'avaient rendu populaire parmi les dentistes français. Depuis quinze ans, il avait su se créer parmi nous par son mérite une autorité qui était un grand appoint pour cette œuvre des Congrès à laquelle il était si attaché.

On savait bien aussi qu'il n'y avait derrière ses tentatives pour faire réussir ce Congrès aucune idée d'intérêt personnel. La simplicité de sa vie, le temps qu'il consacrait gratuitement à l'Ecole, le fait bien connu qu'il était surtout un savant et non un grand quêteur de clientèle écartaient tout de suite cette idée.

Son indépendance, son impartialité montraient aussi à tous qu'il n'avait pas de but dissimulé pour arriver à faire triompher un groupe aux dépens d'un autre. Que de fois il nous souvient, dans nos discussions aux Conseils de direction, de l'avoir eu dans la même soirée avec nous pour une idée et contre nous pour une autre. Même avec ses plus intimes amis, il arrivait souvent qu'il soutenait un programme adverse de celui qu'ils défendaient, et pour cette œuvre d'union confraternelle qu'il poursuivait, cette indépendance était un sûr garant qu'on pouvait avoir foi dans l'impar-

tialité de ses actes. Enfin, une de ses qualités, qui fut aussi bien utile pour ce but, était sa bonté, connue de tous ceux qui l'approchaient de près. S'il y avait un service à rendre, un renseignement à donner, un appui à demander, on savait qu'on pouvait aller à toute heure frapper à sa porte. Jamais il n'y mettait mauvaise grâce, si le motif lui paraissait honnête et louable.

Sous son écorce un peu rude, c'était le meilleur cœur que l'on pût trouver. Il était toujours le premier à pousser à l'indulgence, lorsqu'il y avait une peine quelconque à appliquer à un élève ; il était également toujours le premier à défendre une augmentation de salaire pour un employé travailleur.

Nous perdons en lui un conseiller prudent, un apôtre zélé, un guide infaillible pour cette œuvre des Congrès à laquelle il s'était particulièrement consacré.

Lundi dernier encore, à Nancy, alors que l'accident terrible qui devait l'emporter était déjà arrivé, nous causions de lui le soir avec des confrères de l'Est, et tous reconnaissaient les qualités de l'homme dont nous déplorons aujourd'hui la perte si inattendue.

Les dépêches qui sont arrivées de tous les points de la France montrent bien la douloureuse émotion provoquée par l'affreuse nouvelle. Cette brutalité des événements montre aussi toute l'utilité qu'avait son œuvre personnelle et combien il importe que nous nous soutenions et nous nous aidions les uns les autres, quand nous sommes si peu certains du lendemain ; elle montre enfin la nécessité de l'union par le travail et de la bonne confraternité.

N'insistons pas ; il serait cruel d'infliger à sa famille un plus long calvaire.

Puissent les paroles que nous venons tous prononcer autour de cette tombe entr'ouverte, qui témoignent des regrets éprouvés par les différents groupes dont faisait partie notre ami, être un adoucissement, une consolation pour la malheureuse épouse qui le pleure et pour ses enfants qui ne sont pas encore en âge de juger de l'étendue de cette perte.

DISCOURS DE M. CUNNINGHAM

(de Cambridge),

AU NOM DES DENTISTES ÉTRANGERS.

Mesdames, Messieurs,

Il m'a été demandé de dire, au nom des dentistes étrangers, quelques mots de l'œuvre à laquelle le nom de Dubois demeurera impérissablement attaché. Mais je tiens d'abord à assurer de notre sincère sympathie Mme Dubois et ses enfants en raison de la perte irréparable qu'ils viennent de faire, perte si considérable qu'aucune expression de condoléance ne saurait l'adoucir.

Par cette œuvre loyale et remarquable, Dubois a fait honneur à

son école et à son pays, quoique la mort soit venue trop tôt pour qu'il pût recueillir la juste récompense des services longs et désintéressés qu'il a rendus à la cause de la profession. Sa famille professionnelle, surtout les membres jeunes de celle-ci, les étudiants de l'Ecole anciens et actuels, Ecole pour laquelle notre cher camarade faisait tant de sacrifices si volontairement, tous peuvent être assurés que tous les dentistes étrangers honorables et distingués sympathisent pleinement avec eux. Quelques-uns de ceux-ci même, du moins parmi ceux qui étaient liés plus intimement avec lui et qui connaissaient mieux le champ de son activité, espèrent qu'on leur permettra de le manifester en contribuant à perpétuer sa mémoire par l'érection de quelque monument durable de la grande entreprise qu'il a accomplie, entreprise dans laquelle et par laquelle il vit encore, quoiqu'il repose dans cette tombe, à jamais dérobé à notre vue.

Il a été enlevé prématurément, dans la plénitude de ses facultés, et j'ai le triste privilège de vous assurer de l'estime et du respect que nous lui vouions à l'étranger, non seulement pour ses qualités d'auteur et de professeur capable, mais comme grand organisateur de ces réunions internationales qui ont tant fait pour l'avancement des intérêts dentaires, aussi bien individuels que collectifs. Pendant plus de dix ans j'ai eu l'honneur d'être associé à ses efforts dans ce sens et je puis témoigner de l'immensité de la tâche qu'il avait entreprise, tâche bien plus vaste qu'elle ne semble en apparence et ignorée pour la plus grande partie, excepté par ses collaborateurs.

Le succès de ces Congrès, le rôle important que la France a joué dans leur organisation, leur continuation dans l'avenir sont dus, pour une très grande part, à l'enthousiasme, à l'énergie et au travail matériel considérable de celui dont nous déplorons la perte avec vous, comme affectant tous les pays où la dentisterie est connue et pratiquée en tant que profession scientifique. Qu'il me soit permis de peindre ce rôle par un mot qu'il adressait aux compagnons de sa dernière promenade, presque sa dernière parole avant la catastrophe qui a plongé tant de cœurs dans l'affliction : « C'est moi qui dois donner l'exemple de la vaillance. En route ! » Il l'a donné, cet *exemple de la vaillance*, pendant toute sa vie professionnelle, et certainement il ne l'a pas fait en vain. L'œuvre qu'il a commencée n'est pas encore terminée, si elle peut jamais l'être. Il faut la continuer en se souvenant de son appel : « En route ! » et le meilleur moyen pour le jeune dentiste d'être, comme notre cher ami Dubois, un bon citoyen, c'est de travailler au progrès de sa profession, non pas pour des raisons étroites et dans un but de réussite professionnelle, mais avec des vues larges et la conviction profonde que le travail a une portée générale et un intérêt public.

Comme l'un de ses nombreux amis à l'étranger, je puis les entendre répéter mes quelques paroles de reconnaissance, malheureusement trop insuffisantes : « Vous avez bien agi, mon bon et fidèle camarade. Adieu, Dubois ! »

DISCOURS DE M. GEORGES MULLER,

Président de la Ligue des cérémonies civiles,

AU NOM DU COMITÉ RADICAL.

Permettez-moi d'apporter un dernier témoignage de sympathie, d'estime et de respect à notre regretté Paul Dubois, au nom du comité radical de Chatou, de la Ligue des cérémonies civiles dont il faisait partie, et de tous ses amis de Chatou et de Carrières-Saint-Denis.

Laissez-moi vous dire, en dehors des qualités professionnelles, en dehors des qualités du travailleur infatigable, auquel vous venez de rendre un éclatant hommage, quelles étaient celles du citoyen et du libre-penseur.

Profondément attaché au régime républicain, il était épris d'un idéal social très élevé et très pur, il souhaitait l'avènement d'une société modèle, dans laquelle les faibles, protégés, pussent jouir, eux aussi, de leur part de félicité et de bonheur, une société où, tous venant au secours de chacun, la misère et ses tourments fussent inconnus.

Et pour atteindre ce but, aucune théorie socialiste, quelque osée qu'elle pût être, n'effrayait son esprit, dans le grand désir qu'il avait de voir se réaliser le bonheur de l'humanité, qu'il aimait profondément.

Et c'est sincèrement, ardemment, qu'il avait foi en un monde régénéré où l'on pratiquera l'égalité, la fraternité et la solidarité.

Comme l'esprit humain ne connaît pas de barrières, celui de Dubois ne pouvait guère être séduit par les dogmes d'une religion révélée, et loyalement il avait abandonné les doctrines qu'il ne pouvait admettre, et qu'il ne voulait pas hypocritement avoir l'air d'accepter.

Libre-penseur, sans fanatisme, il respectait l'opinion religieuse des autres et pratiquait la tolérance.

Tel est le citoyen, tel est l'ami à qui tous, sans distinction d'opinion ni de croyances, nous sommes venus rendre le dernier hommage de notre amitié, de notre affection et de notre respect, à qui nous adressons un suprême adieu, plein de regrets et de douleur ! !

SOUSCRIPTION

EN

FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

1° Une souscription est ouverte pour la veuve et les enfants de P. Dubois.

2° Le comité de souscription est composé :

I. Des membres du Conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris,

II. Des membres du Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France,

III. Du bureau de la Société d'Odontologie de Paris,

IV. Du comité du journal *l'Odontologie*,

V. Du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France,

VI. Des groupes dentaires français et étrangers y adhérant,

VII. De représentants de ses amis.

3° Le bureau de ce comité est composé d'un président, de deux vice-présidents, de deux secrétaires et d'un trésorier nommés pour la durée de la souscription.

4° La souscription est ouverte à partir du 14 avril 1896.

5° Cette souscription est sans maximum ni minimum ; les versements peuvent être immédiats ou échelonnés pendant cinq ans après engagement.

6° Le comité adopte le principe de l'emploi de la souscription comme rente annuelle pour la veuve et les enfants.

7° Le comité charge son bureau de l'emploi des fonds et ratifie les dépenses déjà faites.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION

Bureau :

Président	MM. Lecaudey.
Vice-Présidents	Godon et Ronnet.
Secrétaires	Blocman et d'Argent.
Trésorier	G. Viau.

Membres du comité :

MM. POINSOT	MM. PAPOT	MM. DOUZILLÉ	MM. JACOWSKI
BIOUX	BILLET	Dr GUILLOT	RICHARD-CHAUVIN
BONNARD	CLASER	RICHER	ROLLIN
CHOQUET	PREST	SCHWARTZ	Dr CUNNINGHAM
FRANCIS JEAN	PREVEL	TORRES	Dr DUCAMP
JEAY	Dr ROY	KUHN	DURST
LEGRET	Dr SAUVEZ	DE MARION	FICHET
LEMERLE	STEVENIN	BERTAUX	HEIDE
LOUP	AUDY (F.)	BRUEL	LEVASSEUR
LOWENTHAL	CHOUVILLE	DUBRAC	TOULOUSE
MARTINIER	COIGNARD	HERVOCHON	VASSEUR

Adresser les souscriptions à M. G. VIAU, Trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

(Les versements peuvent être échelonnés en 5 ans.)

PREMIÈRE LISTE

Ecole Dentaire et Société d'Odontologie de Paris	1.000 fr.
Association générale des dentistes de France et journal *l'Odontologie*	1.000 »
Syndicat des chirurgiens-dentistes de France	150 »
MM. Em. Lecaudey	1.000 »
Ronnet	1.000 »
G. Viau	1.000 »
Ch. Godon	500 »
Dr Ducamp	200 »
Vasseur (*Le Monde Dentaire*)	200 »
Legret	250 »
Martinier	300 »
Dr Sauvez	300 »
A reporter	6.900 »

	Report.....	6.900	fr.
MM.	Lemerle	50	»
	Papot	300	»
	Fichet	100	»
	Bioux	300	»
	Billet	200	»
	Löwenthal	20	»
	Choquet	40	»
	Chouville, de St-Quentin	100	»
	Paulme, de Paris	50	»
	Meng	50	»
	Blocman	500	»
	X. (par M. Legret)	20	»
	Rollin	20	»
	Prével	300	»
	Levasseur	200	»
Mme	Viau, mère	50	»
MM.	Em. Loriot-Lecaudey	100	»
	Huron, de Nancy	20	»
	Gillard, de Paris	50	»
	Dr Hugenschmidt	200	»
	Dr Aubeau	100	»
	Richard-Chauvin	300	»
	Martinaud, de Ruffec	10	»
	De Lemos, de Paris	100	»
	Perrigault	20	»
	Thioly-B, de Nancy	100	»
	Beausillon, de Paris	20	»
	Saumur	20	»
	Texier, d'Annonay	20	»
	Audy, F., de Senlis	100	»
	Serres, de Paris	20	»
	Barbe	100	»
	Dr Brocq (par M. Viau)	20	»
	Tayac	50	»
	X. (par M. Viau)	50	»
	Ash et fils de Londres	100	»
Mme	B. (par M. Viau)	20	»
MM.	Cumming	50	»
	Dr V. Guerini, de Naples	20	»
	Fauvel, d'Alençon	5	»
	Guérin père, de Moulins	20	»
	Guérin fils	20	»
	Wiesner, M., de Paris	20	»
	Dr Rosenthal, de Nancy	100	»
	Denis E., de Paris	100	»
	X. (par M. Godon)	100	»
	Meunier	100	»
	Thioly, de Genève	50	»
	Duchesne, de Paris	30	»
	Liskenne	20	»
	Schuler	10	»
	Catton	50	»
	Chandolas	50	»
	A reporter.....	11.465	»

		Report......	11.465 fr.
M.	Canon		50 »
Mme	Levasseur		20 »
Mlle	Levasseur		20 »
MM.	Wagner		20 »
	Contenau		100 »
	Godart		100 »
	Denis H. (par M. Blocman)		20 »
	Chanteclair	id.	20 »
Mme	Grelet	id.	100 »
MM.	Sante	id.	100 »
	Dr Martin, de Lyon		100 »
	Sauvez père, de Paris		20 »
	Halphen		5 »
	Ed. Touvet-Fanton		30 »
	Ad. Dugit		50 »
	Legros		10 »
	De Croës		20 »
	Martin		20 »
	Gravollet		250 »
	Börs		20 »
	Weber		25 »
	D'Argent		250 »
	Heïdé		300 »
	Les Drs Tourangin		10 »
		Total de la 1re liste	13.125 fr.

Au nom du Comité de souscription, nous adressons dès maintenant nos remerciements à tous ceux qui ont déjà répondu à notre appel.

Nous continuerons à publier dans chaque numéro de l'*Odontologie* les listes des nouveaux souscripteurs qui voudront bien s'associer à nous pour offrir à Madame Dubois et à ses enfants, en souvenir de Paul Dubois qui fut si désintéressé, un témoignage de reconnaissance digne de l'art dentaire français.

Le trésorier,
G. Viau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

UN NOUVEL OR ET UN NOUVEAU CIMENT,

Par M. Randorf.

Il y a à peu près cinq ou six ans, je travaillais pour un des journaux dentaires les plus répandus en Amérique et en Europe. J'y ai introduit un chapitre traitant du progrès dentaire universel, particulièrement de la France. J'ai noté avec plaisir les contributions intéressantes de MM. Dubois, Godon, Ronnet, Roy et de quelques autres professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, car il fallait démontrer aux dentistes américains que la science et l'art dentaire ont des hommes de mérite dans d'autres pays, et c'était ma

mission spéciale de faire connaître les travaux des uns aux autres.

En ce moment j'ai l'honneur, grâce à votre courtoisie, de vous présenter un nouvel or en éponge, non cristallisé, et un nouveau ciment du Dr Dawson, de la *Consolidated Dental Mfg Co*, de New-York.

I

L'OR EN ÉPONGE « CRESCENT ».

En vous parlant de ces deux sujets simultanément, il n'est presque pas nécessaire de vous prévenir que je ne veux pas faire prévaloir ici la tendance exagérée d'une grande partie des dentistes américains pour l'emploi exclusif de l'or quelconque ; cette haute assemblée est au-dessus de tels préjugés. Seulement, quand l'emploi de l'or est, au jugement du dentiste, exigé par la dent même, la première question qui se présente est de déterminer quel or s'y prête le mieux. Nous savons que les annales de presque toutes les sociétés dentaires américaines pendant plus de trente ans sont remplies de discussions sur les mérites respectifs des différents ors, et le travail du dentiste est augmenté encore par la difficulté du choix, parce que les résultats jusque-là n'ont pas été très définitifs. Ajoutons à cela que certaines espèces d'or exigent ou un talent spécial pour les manier en artiste, ou de nombreux instruments spéciaux qui coûtent trop cher pour une chose expérimentale.

L'or en éponge que j'ai l'honneur de vous présenter a été préparé de manière à répondre à toutes les exigences d'un praticien soucieux du progrès. Nous avons eu avant cela de l'or en éponge, mais malheureusement c'était toujours de l'or cristallisé auquel, c'est vrai, on a trouvé tant de défauts. L'or *Crescent* possède une adhérence remarquable, comme vous pouvez le constater en le touchant avec un instrument à face plate. Vous pouvez le ramasser avec le même instrument qui vous sert à faire l'aurification et le travailler comme tout autre or auquel vous êtes habitués, même sans l'échauffer ; mais vous serez encore plus étonnés de la facilité avec laquelle on peut le manipuler, de la densité qu'il gagne toujours et de la rapidité avec laquelle il remplit une cavité.

En résumé, voici les qualités que chaque dentiste consciencieux peut trouver dans cet or en éponge, non cristallisé, nommé *Crescent* :

1. Il est facile à manipuler. 2. Il est très adhésif et très dense. 3. Il n'exige pas d'instruments spéciaux. 4. Il est lourd et remplit bien vite la cavité. 5. En cas de dents très sensibles il peut rendre de grands services. 6. Il donne une aurification très dure et très durable. 7. Il est susceptible d'un poli parfait et brillant. 8. Comme un or chimiquement pur, il ne se ternit pas. 9. Il est meilleur marché que tout autre or en éponge de même qualité.

II

« CIMENT PORCELAINE PLASTIQUE » DU Dr DAWSON.

Le docteur Dawson n'est pas un novice ou un nouvel expéri-

mentateur dans le monde des ciments. Son nom comme chimiste habile, expérimenté et inventeur d'articles utiles pour la pratique dentaire, est connu en Amérique depuis dix-huit ans. En Europe même, son *blanc alloy* (alliage dentaire) spécialement a été accepté tout de suite. Le Dr Dawson a beaucoup appris en enseignant à une grande partie de la profession dentaire, et c'est avec beaucoup de plaisir que j'entreprends maintenant, avec votre aimable permission, de démontrer devant vous le résultat de ses travaux dans la recherche très nécessaire d'un ciment plastique dur et beau.

Par l'exclusion de l'acide phosphorique, en réduisant son premier liquide en une masse gélatineuse et en raffinant ses premières poudres par un procédé encore plus subtil, le Dr Olivier Dawson a attaché son nom à un article qui va faire son chemin à travers le monde. Facilité de manipulation, promptitude de la prise, raideur de masse, brillant du poli, absence de porosité, apparence enfin de l'émail dans la dent, telles sont les qualités dominantes de ce produit.

Dans un plombage de dent quelconque il est important que le changement chimique soit complet *avant* qu'aucun pouvoir désagrégeant vienne en contact avec lui. Gardez votre plombage sec et protégez-le quand il est dans la dent en le couvrant du ciment protecteur, dont un petit flacon accompagne chaque boîte de ciment.

En mélangeant le ciment « *Porcelaine Plastique* » du Dr Dawson, servez-vous de la petite spatule de caoutchouc jointe au paquet de ciment pour enlever le fluide gélatineux du pot. Mélangez à fond avec une spatule forte et raide à peu près comme un mastic consistant, incorporant autant de poudre qu'il est possible. Plus la petite boule est pétrie entre les doigts avant la prise, qui est simplement l'arrangement final de la cristallisation succédant à l'action chimique, meilleurs seront les résultats obtenus.

Gardez toujours bouchés les flacons de ciments. Si le contenu du pot de porcelaine accompagnant le ciment « *Porcelaine Plastique* » était durci, séché ou raidi par des variations de température ou d'humidité, la friction remuante ou quelques passes de la spatule le réduisent de nouveau à son état plastique, les constituants chimiques restant toujours les mêmes.

En résumé, le Dr Dawson ne dit pas que son nouveau ciment résistera aux influences de l'éternité, mais il dit que son pouvoir de résistance dépasse celui de tous ceux qui l'ont précédé, dans ce genre de ciment, et aussi assurément que sa densité est plus grande que tout autre ciment en usage à présent. Sa supériorité dans ce cas particulier, une simple épreuve la démontrera éloquemment.

Vous avez senti la nécessité d'un « tampon » dense et résistant. Vous trouvez tout cela dans ce ciment. Aisé à manipuler, tout à fait plastique, dur, dense, résistant, juste ce que son nom suggère, il *simule* la *porcelaine*.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

ALLOCUTION DE M. MARTINIER,

Président.

Messieurs,

Ce n'est pas sans émotion que je prends ce soir la parole pour vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'élevant à ce fauteuil. Croyez, messieurs, que j'apprécie comme il convient ce témoignage d'estime.

Je ne vous cacherai pas que j'étais tout d'abord effrayé par la responsabilité que m'impose votre vote ; mais je me suis rappelé les nombreuses preuves de sympathie dont vous m'avez honoré et, quoique ces nouvelles attributions ne soient guère en rapport avec mes aptitudes, j'ai accepté, certain d'avance de trouver parmi vous non seulement beaucoup d'indulgence, mais encore un concours précieux, une collaboration assidue. Malgré tout, il me sera difficile de remplacer dans ces fonctions mon prédécesseur, M. F. Jean, dont chacun de vous connaît la compétence et a remarqué la ténacité pour mener à bien la tâche entreprise.

Je m'efforcerai de suivre son exemple et je mettrai tout le dévouement et toute l'énergie dont je suis capable à diriger la Société d'Odontologie dans la voie des succès où elle est définitivement entrée.

Je dis intentionnellement *succès*, car c'est bien le véritable terme qui convient aux résultats acquis par les initiatives émanant de cette Société, depuis qu'elle a commencé son œuvre.

Pour pouvoir juger cette œuvre, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les quinze années qui se sont écoulées depuis sa fondation. Créée le 30 décembre 1881, sur l'intiative de M. Godon, avec le concours du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, *dans le but de donner à l'art dentaire en France la plus vive impulsion*, elle n'était, en réalité, à cette époque de début, qu'une société d'enseignement mutuel et d'émulation professionnelle, où professeurs et élèves confondus se retrouvaient pour discuter amicalement. Mais elle ne tarda pas à devenir rapidement, grâce aux efforts courageux et aux idées intelligentes et généreuses de ses fondateurs, une société scientifique.

Aux premiers éléments recrutés parmi les praticiens qui avaient débuté par le travail manuel et acquis eux-mêmes ensuite leur instruction professionnelle, est venue s'ajouter une phalange de diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, désireux d'étendre leur bagage scientifique, en même temps qu'ils s'accoutumaient aux discussions où chacun présentait les résultats de son expérience personnelle. Chaque année une promotion de nouveaux membres venait appor-

ter parmi nous son activité laborieuse et ses idées nouvelles. Les travaux originaux, les présentations, devinrent de plus en plus nombreux, si nombreux même que le journal *l'Odontologie*, qui les publie, dut plusieurs fois augmenter considérablement son format.

Les divers bureaux qui se sont succédé ont réussi à rendre les séances régulières de plus en plus intéressantes et ont ensuite étendu leur action en organisant des séances extraordinaires au cours desquelles il était fait des démonstrations pratiques, destinées aux membres de province curieux de connaître *de visu* les nouveaux procédés employés en art dentaire. Tandis que la Société se plaçait peu à peu dans une situation prépondérante de par le nombre de ses membres, la qualité et la diversité des éléments qui la composent, suivant ainsi le programme que lui avaient tracé ses fondateurs, les conditions d'exercice de l'art dentaire en France se modifiaient également d'une façon complète.

Les dentistes de la nouvelle génération débutaient dans la carrière dans des conditions bien différentes. Il leur était possible d'acquérir dans les Ecoles dentaires une instruction professionnelle théorique et pratique qui en faisait des praticiens de valeur et qui donnait à la plupart d'entre eux le désir de continuer ces études en les dirigeant du côté des sciences dont ils ne possédaient que les éléments indispensables.

Et lorsque l'Etat vint récemment, par l'obligation de son diplôme officiel, confirmer la nécessité d'études dentaires spéciales, il ne fit qu'assurer aux dentistes une situation légale, en rapport avec le rôle du dentiste dans la société actuelle. La réglementation de l'art dentaire en France, loin de nous être nuisible, nous a, au contraire, apporté de nouveaux concours. Des confrères, qui s'étaient, pour diverses raisons, tenus éloignés de notre Société, sont venus, après avoir passé leurs examens devant la Faculté, nous présenter leurs travaux, et un certain nombre de jeunes docteurs en médecine, qui ont compris qu'en ce qui concerne notre branche spéciale, si l'on veut sortir de la médecine générale, il faut rentrer dans l'art dentaire, ont suivi leur exemple. On peut, en effet, se déclarer stomatologiste, on n'en est pas moins obligé de s'occuper surtout de traiter les dents, voire même de les remplacer. Ils ont pu se rendre compte qu'il n'y a pas de place pour une spécialité intermédiaire. Ils pensèrent donc avec raison que, dans l'état actuel de notre science, les maladies de la bouche ne doivent pas seules les préoccuper et qu'ils trouveraient ici nombre de praticiens intéressants à écouter au point de vue de la thérapeutique dentaire, de la dentisterie opératoire et des applications multiples de la prothèse. J'ajoute qu'ils ne furent aucunement surpris d'y entendre beaucoup d'autres sujets fort judicieusement traités. Les preuves de la vitalité et de la puissance de notre Société éclatent du reste à chaque instant.

Faut-il vous rappeler que c'est à l'initiative de quelques-uns de ses membres que l'on doit le Congrès international de 1889 qui a si brillamment réussi? N'est-ce pas elle qui a jeté les germes des

nombreux groupements provinciaux que nous voyons avec tant de satisfaction se fonder sur tous les points de notre territoire? N'est-ce pas grâce à elle que notre très distingué confrère, M. P. Dubois, a pu réaliser son idée si progressiste et si opportune des congrès de province?

Il y a une considération importante à faire ressortir à propos du premier de ces congrès qui s'est tenu l'année dernière à Bordeaux.

Avez-vous remarqué, Messieurs, que les 9/10 des communications qui y ont été présentées émanaient des membres de notre Société? C'est assurément un des plus beaux résultats dont nous puissions nous prévaloir, et c'est aussi un sujet de félicitations pour nous que le magnifique succès qu'y a remporté notre confrère M. Choquet, qui a fait ici ses premiers pas, en nous présentant ses premiers essais.

Cette année, c'est à Nancy que vont se réunir les dentistes. La Société d'Odontologie a lieu d'être satisfaite du résultat des votes qui viennent d'avoir lieu, puisque c'est un des nôtres, M. le Dr Sauvez, qui a été nommé président du comité central d'organisation. Tous ceux qui connaissent les heureuses qualités d'initiative que possède le Dr Sauvez sont assurés que tous les efforts possibles pour la réussite de ce congrès seront tentés.

L'art dentaire français, aujourd'hui majeur, a suivi de près l'organisation des sociétés professionnelles de l'Amérique, où les premières associations scientifiques se sont cependant fondées en 1840. Nous sommes nés à une date beaucoup plus récente; mais, inspirés par l'exemple et animés d'une volonté inébranlable, nous avons accompli dans un temps relativement court une marche ascendante qui nous a conduits rapidement à notre majorité. Nous pouvons désormais regarder l'avenir sans inquiétude, sûrs du développement progressif constant de notre art en ce beau pays. L'union et l'amour du travail auront vite fait de renverser les quelques obstacles qu'ils pourront rencontrer, et les traditions de la Société d'Odontologie nous permettent d'affirmer qu'elle se trouvera toujours à l'avant-garde des manifestations scientifiques de notre profession.

RAPPORT ANNUEL

(Présenté à la séance du 4 février 1896)

Par M. le Dr Roy, Secrétaire général.

Une année vient de s'achever et je dois, en ma qualité de secrétaire général, vous présenter un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année écoulée.

Je serai dans ce rapport aussi bref qu'il est possible, pensant qu'en matière de rapports, pour ceux qui les écoutent, les plus courts sont les meilleurs. Cependant, en relisant tous les procès-verbaux de l'année on ne peut manquer d'être frappé de la somme de travail

que représentent toutes ces communications et présentations diverses et de la quantité de matériaux qui y sont accumulés. L'expérience fera certainement une sélection parmi ces matériaux apportés ici par chacun de nous ; mais, en matière scientifique, il n'y a pas d'effort inutile et là, comme partout ailleurs, et mieux qu'ailleurs, rien ne se perd : un effort, fût-il vain en apparence et stérile quant à ses résultats immédiats, sera utilisé plus tard, ne contribuerait-il qu'à ériger ce formidable édifice toujours en œuvre qu'est l'expérience humaine.

Quand on songe qu'à ce labeur de l'année vient s'ajouter le travail représenté par les procès-verbaux du premier Congrès dentaire national, dont la plupart des communications sont dues à des membres de cette Société, on ne peut qu'être fier du résultat produit par un groupement en somme assez restreint et où chacun d'entre nous a la plus grande partie de son temps prise par les exigences du pain quotidien. A ceux qui considéreraient les dentistes comme des paresseux il n'y aurait pas besoin d'autre réponse que de leur conseiller la lecture de nos procès-verbaux.

Notre Société cependant pourrait être un peu jalouse du Congrès : il a drainé en effet vers lui nombre de communications qui se seraient produites sans lui ; mais est-ce qu'une mère est jalouse de ses enfants et n'est-elle pas bien plutôt fière de leur force, de leur vigueur, de leurs progrès ? S'il en est ainsi, notre Société peut être fière de la façon dont son fils, le premier Congrès dentaire national, a fait ses premiers pas, et, pour notre part, ce nous est une joie bien vive de pouvoir constater, dans ce rapport, son succès éclatant.

Je n'ai pas l'intention de vous donner la liste de toutes les communications qui ont été faites ici : mon excellent ami M. Dubois, pourrait m'accuser d'avoir plagié la table des matières du journal qu'il dirige avec tant de zèle et de distinction. Je ne trace ici que les grandes lignes de nos travaux.

Ce qui frappe tout d'abord dans la liste de ceux-ci, c'est le grand nombre de présentations d'instruments qui ont eu lieu cette année. Il y a eu, en effet, plus de vingt présentations diverses, d'appareils, d'instruments, d'installations électriques. C'est là une preuve que nos esprits ne se tournent pas exclusivement vers la spéculation pure, mais que nous sommes des praticiens qu'aucun perfectionnement de notre outillage, aucune amélioration de notre installation ne sauraient laisser indifférents.

L'étude des matières obturatrices nous a valu deux très intéressantes communications de M. Dubois et de M. Godon, que leurs nombreuses fonctions n'empêchent pas de nous apporter une large part de travail.

M. Loup nous a fait nombre de présentations ingénieuses, et l'emploi de la teinture d'iode dans les accidents de dentition dont il s'est fait le fougueux défenseur a été discuté à plusieurs de nos séances.

M. Joseph, travailleur patient et acharné, nous a donné récemment un travail très étudié, comme toutes ses communications précédentes sur la *gangrène névropathique de la pulpe dentaire.*

La nécrose des maxillaires a fait l'objet de plusieurs communications de MM. Fanton-Touvet, Jeay, F. Jean, notre dévoué président, et de votre serviteur.

M. le Dr Bernard, qui avait déjà fait ici plusieurs communications intéressantes, nous a entretenus à la dernière séance du *mal perforant buccal.* Nous sommes vraiment très flattés de voir des médecins, étrangers à notre pratique spéciale, venir apporter une contribution aussi intéressante à nos travaux.

Je me borne à ces quelques mentions, qui donnent une idée suffisante de l'importance et de la variété du travail de notre Société pendant l'année 1895; je regrette de ne pouvoir citer tout le monde, mais les oubliés ne m'en voudront pas, je pense, en raison de mon intention de ne pas abuser plus longtemps de vos instants par la lecture de ce rapport.

Notre quinzième année d'existence vient de se terminer et, comme vous avez pu le voir par ce rapide coup d'œil d'ensemble, elle n'a pas été inférieure à ses devancières au point de vue du travail accompli, bien au contraire. A ce moment de l'année où il est d'usage de faire des souhaits pour le bonheur de ceux qui nous sont chers, je crois que vous vous associerez à moi pour souhaiter à la Société d'Odontologie de Paris longue vie et prospérité.

Vous m'avez nommé l'année dernière secrétaire général de votre Société, c'est un grand honneur dont je vous serai toujours reconnaissant ; mais j'étais déjà titulaire du secrétariat général de l'Association générale et, depuis peu, le Conseil d'Administration de l'Ecole vient de me confier le même poste. C'est beaucoup, il me semble, pour un homme seul, de trois secrétariats généraux ; aussi je vous demanderai de vouloir bien me décharger de celui de cette Société que je quitte avec regret, mais mû par le sentiment qu'on ne doit pas cumuler trop de fonctions à la fois pour les bien remplir toutes.

Réunion du mardi 3 *mars* 1896.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 h. 20.

M. Martinier. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au dernier procès-verbal qui a été publié ?

Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le Dr Frey demandant la remise à la prochaine séance d'une communication de M. Thomson qu'il était chargé de lire.

M. Martinier appuie la proposition d'ajournement, qui est mise aux voix et adoptée.

I. — Allocution du président, par M. Martinier.

M. Martinier prononce une allocution (voir d'autre part).

II. — Rapport du secrétaire général sur la proposition votée a la dernière séance, par M. d'Argent.

M. d'Argent donne lecture de ce rapport.

Discussion.

M. Martinier. — Il s'agit, en somme, d'une nouvelle proposition, complétant celles de MM. Dubois et Godon.

M. Dubois. — Il est un peu difficile de décider que toute présentation devra avoir été expérimentée au point de vue de ses propriétés. Il semble que, sur la proposition du bureau, on pourrait faire ces essais à l'école; mais dire qu'avant de connaître le produit qui nous est soumis il faudra avoir fait des essais, c'est être excessif, et cela aurait pour effet d'empêcher des présentations à la Société. Ce serait fâcheux, car nous n'en avons pas trop; il ne faut donc pas opposer trop de barrières, autrement je crains qu'il n'y ait pénurie de communications. Je demande conséquemment un examen facultatif des produits, et non un examen obligatoire.

M. d'Argent. — La proposition qui vous est faite tend à n'admettre la discussion en séance qu'après que le Bureau a pris connaissance de la communication, ou a jugé indispensable des démonstrations publiques. Vous pouvez l'adopter. Maintenant, le Bureau n'est pas défavorable à l'amendement de M. Dubois, touchant un examen *facultatif*. Dans tous les cas, à la prochaine séance, il vous sera fait une proposition ferme et définitive.

III. — Nouveau stérilisateur pour instruments, par M. Billet

M. Billet présente une cupule en platine supportée par un trépied, sous lequel on peut placer un brûleur, et destinée à contenir un liquide antiseptique pour stériliser les instruments devant le patient. Le résultat est obtenu rapidement.

Discussion.

M. Choquet. — Quel agent employez-vous?

M. Billet. — Une solution phéniquée.

M. Choquet. — Mais elle dégage des vapeurs désagréables!

M. Bonnard. — Cette cupule n'est pas assez profonde; de sorte que le liquide bouillant peut déborder, et la cupule sera vide en quelques instants. Il vaudrait donc mieux avoir un récipient plus profond. Quant au liquide antiseptique, dès l'instant que vous employez la solution phéniquée, cela suffit.

M. Choquet. — Cet appareil ne sert qu'aux petits instruments?

M. Billet. — Oui, aux sondes, aux aiguilles à cocaïne, au miroir à bouche, etc.

M. Choquet. — Quelle quantité d'acide phénique mettez-vous?

M. Billet. — Je me sers de la solution à 5 p. 0/0.

M. Choquet. — Ce n'est pas suffisant. Pour ma part, je suis partisan de la chaleur sèche, car les instruments passés au four sont

absolument aseptisés. On objecte à ce procédé la dépense de gaz. Eh bien ! je me sers d'un stérilisateur que je chauffe avec le brûleur Wirth, et je dépense 8 ou 9 centimes pour cela, et en dix minutes, montre en main, la température de mon stérilisateur est montée à 160°, ce qui est largement suffisant pour stériliser.

M. Viau. — Un récipient plus profond serait, dit-on, plus commode. Nous n'en devons pas moins trouver ce dispositif satisfaisant, car la cupule peut être chauffée en 20 ou 30 secondes, en présence du patient.

M. Choquet. — Je suis absolument de l'avis de M. Viau au point de vue des petits instruments tels que sondes, fraises, mais je me place au point de vue aseptique pur.

M. Duchange. — Les vapeurs d'acide phénique sont désagréables, dit-on, dans le cabinet ; en mettant un ozonateur, on ne sent plus rien.

M. Choquet. — En portant l'acide à l'ébullition, elles sentiront forcément.

M. Dubois. — Il y a des dentistes qui ne font pas d'antisepsie du tout, il y en a qui en font ; mais c'est aller trop loin que d'exiger d'eux des appareils aussi compliqués que ceux qu'emploient les chirurgiens. J'estime que c'est véritablement un progrès que de mettre entre nos mains des appareils simples permettant d'aseptiser. Avec de grands vases où l'on plonge plusieurs instruments à la fois, ayant servi à plusieurs patients, on transforme le liquide aseptique en un véritable bouillon de culture. Il importe donc que le récipient soit petit afin qu'on puisse changer le liquide souvent. Maintenant, quant à mettre tout son arsenal d'instruments dans le stérilisateur, à l'avance, au risque de ne pas avoir à se servir, de quelques jours, des instruments ainsi aseptisés, c'est vraiment pousser trop loin les précautions, et quand bien même des bactériologistes viendraient nous dire qu'en plongeant nos instruments dans un liquide bouillant nous ne faisons que de la pseudo-antisepsie, j'estimerais que cela vaut encore mieux que de n'en pas faire du tout.

Avec une température de 50 à 60° on ne tue pas certains microbes, c'est vrai, mais on diminue du moins leur virulence, et, si vous ajoutez un liquide aseptique, vous la réduisez encore davantage. J'approuve donc les présentations faites par M. d'Almen le mois dernier et ce soir par M. Billet.

M. Godon. — Avec la meilleure volonté du monde, nous avons des difficultés pratiques pour réaliser l'antisepsie dans notre cabinet. Il est difficile de faire celle des instruments, dans le cabinet, en présence du patient. M. Choquet, en sa qualité de bactériologiste, peut exiger beaucoup ; si vous voulez agir d'une façon pratique, il faut opérer vous-même ou avec le concours d'un aide, avant la venue du patient et dans le laboratoire.

Les petits appareils de MM. Billet et d'Almen ne peuvent être considérés que comme destinés à conserver l'antisepsie pour le même patient et non pour passer d'un patient à un autre. Qu'il soit pré-

férable de laisser ses instruments dans la cupule de M. Billet ou dans le verre d'Ash, soit ; mais cela n'est pas de l'antisepsie suffisante.

M. Billet. — C'est toujours une bonne précaution de stériliser les aiguilles, les sondes et le miroir devant le patient.

M. Dubois. — Comment M. Godon procède-t-il? Stérilise-t-il au fur et à mesure des besoins ou préventivement? S'il suit ce dernier procédé, il est obligé de stériliser tous ses instruments à l'avance et de les remettre dans leurs tiroirs, où ils restent jusqu'à ce qu'il en ait besoin ; or, une fois qu'ils sont sortis du stérilisateur, on n'a plus de garantie certaine qu'ils sont encore aseptiques.

Pour ma part, à moins qu'on ne me prouve le contraire, je croirai que l'emploi de la chaleur, augmentée d'un agent antiseptique, peut donner de la sécurité, et que ceux qui y recourent font autre chose que de la pseudo-antisepsie. Si tous les dentistes procédaient ainsi, les chances de maladies microbiennes tomberaient à zéro. Si l'on a d'abord la préoccupation de la propreté, si l'on y ajoute l'agent physique et l'agent chimique, on a là une antisepsie suffisante, et il n'est pas nécessaire d'aller plus loin.

M. Choquet. — Je ne mets dans le stérilisateur que les instruments qui ont servi ; puis, une fois refroidis, je les place dans les tiroirs de mon meuble à outils. Il y a des poussières dans l'air, c'est vrai ; mais, au moment de les employer, j'essuie mes instruments avec un linge.

M. Dubois. — M. Choquet réédite le mot de Tartufe sous une autre forme : il est avec l'antisepsie des accommodements, puisqu'il néglige les poussières du cabinet du dentiste. J'estime, encore une fois, que la stérilisation dans une étuve à 160° est en quelque sorte superflue.

M. Choquet. — Nous ne nous trouvons pas en chirurgie dentaire dans les mêmes conditions qu'en grande chirurgie où il y a à craindre les microbes de l'air, car il faut bien se souvenir qu'il a été démontré que le mucus buccal, la salive, possède un pouvoir bactéricide qui suffit à détruire la plupart des germes de l'air déposés en pareil cas.

M. Jeay. — Quand on n'a pas le temps à l'hôpital de mettre les instruments à l'autoclave, on les fait bouillir pendant 20 minutes.

M. Stévenin. — Comment M. Choquet stérilise-t-il son linge?

M. le Dr Sauvez. — On peut stériliser la serviette à l'étuve sèche, mais il ne faut pas faire de l'antisepsie outrée, car c'est impossible. Le dentiste a la responsabilité de ce qui se passe chez lui, c'est vrai ; mais l'antisepsie à l'eau bouillante est excellente, et Terrillon et Terrier, deux chirurgiens qui vous sont certainement connus et avec lesquels j'ai opéré pendant *trois ans*, ne font pas autrement. Au sortir du vase où les instruments ont bouilli, on les place sur un plateau et on les arrose d'eau phéniquée. Or, si les grands chirurgiens se contentent de ce moyen pour procéder à des opérations délicates, à plus forte raison doit-il en être de même en chirurgie dentaire ; encore, si nous voulions faire tout bouillir, nous emploierions trop de temps. Pour ma part, j'ai sur une cheminée plu-

sieurs becs de gaz, dont l'un sert à chauffer une cassolette en tôle, de sorte qu'en deux minutes j'ai de l'eau bouillante, et, pour les opérations, j'emploie toujours un instrument qui a bouilli. Certes, on ne peut pas tout faire sans commettre quelques fautes ; aussi ne saurait-on prendre trop de précautions. J'estime que c'est être propre, au point de vue pratique, que de gratter 3 ou 4 caries du second degré chez des sujets différents avec le même instrument. Voici, entre autres, un exemple des conséquences que peut entraîner le manque de soin : je soignais un client ayant à la lèvre un petit bouton ; dix jours après, le même bouton persistait et je constatais que c'était un chancre. Si j'avais passé un excavateur sur ce bouton, il aurait pris la syphilis et l'aurait donnée à une autre personne.

En somme, dans nos instruments nous pouvons faire deux catégories: ceux vis-à-vis desquels il faut être très rigoureux, parce qu'ils présentent des dangers de contamination, les mors, les daviers, les clamps, etc., et qui doivent être désinfectés devant le patient pour le rassurer, et ceux vis-à-vis desquels nous pouvons être moins sévères: les excavateurs.

M. Jeay. — En ajoutant à l'eau du bicarbonate de soude, on a une antisepsie plus complète et cela empêche l'oxydation des instruments.

IV. — Nouvel appareil pour obtenir le parallélisme des pivots, par M. Billet.

M. Billet. — Dans l'appareil que je vous présente les deux branches sont comme celles d'un compas, avec une vis d'arrêt, une deuxième vis servant à serrer les pivots et une troisième servant à maintenir le manche qui porte l'appareil.

Discussion.

M. Prével. — Cet appareil laisse encore à désirer : les pivots ne sont pas mobiles et il est absolument nécessaire qu'ils le soient ; de plus, il faut un grand pivot et un petit. La poignée de l'appareil est un peu courte et trop mince. Cet appareil décrit un angle ouvert ou fermé ; or, quand les six dents sont absentes, la disposition des pivots ne permet pas d'arriver au canal de la dent ; il vaudrait mieux avoir un losange. Il est préférable de changer le manchon quand on a une grande base et de laisser la gaîne et le pivot dans la dent. Enfin, quand la gaîne commence à être soudée dans la racine, il est désirable d'avoir de part et d'autre un manchon plus fort ; c'est même nécessaire.

M. Billet. — On peut mettre un grand pivot d'un côté et un petit de l'autre ; il suffit de limer d'un côté. On peut aussi adapter un manche.

M. Prével. — Le coup de lime amènera une déviation du parallélisme ; de plus, l'opération est très difficile.

M. d'Argent. — L'usage du tour à fraiser rend très simple la diminution du calibre des pivots. On obtient un cône très centré en

fixant le pivot dans un mandrin monté sur le tour et en le présentant à une lime ou au papier de verre.

M. Godon.— Je vous ai soumis il y a quelques années un appareil pour obtenir le parallélisme des pivots, mais je me suis bientôt aperçu que les appareils de ce genre ne sont pas absolument nécessaires, et je me sers assez souvent d'un fil de maillechort que je soude à l'étain au pivot, puis que je tourne à angle droit, ce qui me donne le deuxième pivot, et mon appareil est fait en 1/4 d'heure ; de plus, on est sûr qu'il va bien et le parallélisme est ainsi assuré.

M. Prével. — Nous avons fait faire des appareils par un mécanicien et nous n'avons jamais pu obtenir un parallélisme parfait.

V. — De l'emploi du permanganate de chaux en chirurgie dentaire, par M. d'Almen.

M. d'Almen donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera publiée).

Discussion.

M. Jeay. — Le permanganate de chaux a-t-il l'inconvénient de colorer en noir et en jaune ?

M. d'Almen. — Oui, et c'est là son seul inconvénient, mais pour l'éviter, il faut enduire de cire ; je ne l'emploie pas d'ailleurs dans l'intérieur du canal.

VI. — Présentations diverses, par M. de Marion.

M. de Marion. — Je vais vous soumettre d'abord des photographies d'une tumeur de la langue, un angiome, portée par un enfant de 11 ans, né à Paris, de telle sorte que la mâchoire inférieure était d'un volume presque double de celui de la mâchoire supérieure.

Voici maintenant une dent enlevée dans la narine droite d'un enfant de 11 ans ; il avait un bec-de-lièvre et a été opéré à l'âge de 1 an.

Enfin, voici une autre dent extraite à une jeune fille de 23 ans.

La séance est levée à 11 h. 20.

Le Secrétaire général,
J. d'Argent.

Réunion du mardi 14 avril 1896.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

M. Martinier prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Un grand malheur vient de s'abattre sur notre Société. La fatalité a voulu qu'une des premières obligations inhérentes à mes nouvelles fonctions de président de la Société d'Odontologie m'imposât le pénible devoir de vous annoncer la mort d'un des plus éminents de nos membres, de mon ami, de mon maître, P. Dubois.

Après les pieux hommages rendus sur sa tombe par les différents

représentants de nos diverses sociétés, après les nombreuses preuves de sympathie données à sa malheureuse famille par la presque unanimité des dentistes français et par un grand nombre de confrères étrangers, qui suivent avec attention nos efforts et nous apportent leur appui dans la voie que nous nous sommes tracée, il importe de rendre hommage en séance publique aux services rendus par notre regretté collègue à cette Société à laquelle il a apporté, comme aux autres et peut-être encore plus qu'aux autres en vertu de son caractère, une collaboration assidue.

Les travaux de P. Dubois doivent être appréciés ici comme ils le méritent; mais après la douloureuse semaine qui vient de s'écouler, je vous demanderai d'être indulgents, si je ne suis pas à la hauteur de ma tâche. Les circonstances particulières de sa mort, mon affection pour lui, qui n'était pas ignorée de la plupart d'entre vous, feront, je n'en doute pas, excuser mon insuffisance.

La place importante occupée par P. Dubois dans notre Société a laissé un vide que nous savons bien ne pouvoir être comblé de sitôt. Lorsque, nouveau diplômé de la session de 1881-1882, promotion à laquelle notre directeur a rendu hommage avec raison samedi dernier, il apporta son concours à la Société d'Odontologie, alors à peine naissante, lorsqu'il débuta en prenant part aux discussions, en exposant ses opinions avec la clarté, la précision qui lui étaient propres, il fut immédiatement remarqué par le plus grand nombre de ses confrères qui fondèrent sur lui les espérances qu'il a réalisées si brillamment depuis.

Ses véritables débuts datent de 1882, où il se fit réellement connaître par un rapport présenté au Cercle des dentistes, au nom de la commission sur la réglementation de l'art dentaire. Il entra alors délibérément dans cette lutte qui devait se terminer plus tard par la preuve victorieusement faite de la nécessité des écoles dentaires libres en France.

En 1885 ses recherches statistiques sur les affections du système dentaire furent très remarquées et nous donnèrent la preuve de la persévérance qu'il mettait dans l'étude des questions qui l'intéressaient.

C'est cette même année qu'il fit paraître le premier livre de vulgarisation scientifique de notre art et qu'il offrit au public professionnel son *Aide-mémoire*, qui fut si utile à beaucoup d'entre nous. Voué aux idées démocratiques, aux vues larges et humanitaires, ses préoccupations le portèrent bientôt du côté de l'hygiène industrielle et son inspection dentaire dans les usines d'allumettes chimiques, son étude de la nécrose phosphorée, lui permirent de traiter avec une grande compétence de sa prophylaxie dans les ateliers.

Si Dubois produisait pour nous une somme considérable de travail, cela ne l'empêchait pas de continuer ses études en vue d'obtenir successivement tous les postes dans notre enseignement. Chargé en 1887 de la suppléance du cours de thérapeutique spéciale, il publiait un très remarquable article sur les amalgames, que nous pouvons encore consulter avec fruit.

Délégué par l'Association générale au Congrès de Washington, il acceptait avec joie cette mission, pourtant fort onéreuse pour un praticien que les nécessités de la vie étreignaient, et il y présenta une communication faisant suite à ses précédents travaux de statistique et portant sur la nécessité d'une enquête internationale sur l'état du système dentaire chez les différents peuples, communication à laquelle il joignait des instructions et un questionnaire précis.

Il nous en rapporta un de ces laborieux rapports dont il était coutumier et une étude approfondie des conditions d'exercice et de l'enseignement de l'art dentaire aux Etats-Unis.

L'année 1889, qui vit naître le premier de nos congrès internationaux, nous donna la mesure de sa puissance de travail. Bataillant avec toute son énergie pour son organisation, le conduisant avec le concours de quelques confrères au magnifique succès que ce congrès a obtenu, il ne craignit pas d'assumer la charge si considérable de la publication des comptes rendus, qu'il sut mener à bien malgré de nombreuses difficultés.

Il était nommé la même année président de la Société d'Odontologie. Sous sa présidence notre Société prit un essort nouveau, et chacun se rappelle avec quelle compétence il dirigeait les débats, avec quelle érudition il y prenait part.

Malgré ces fonctions nouvelles, il trouvait le temps de préparer et de présenter au Congrès une communication des plus écoutées sur un essai de terminologie et de classification de quelques maladies des dents et de la bouche.

Infatigable au travail, il faisait paraître en même temps la première partie de son second *Aide-mémoire*, traitant de la thérapeutique dentaire avec une autorité que personne n'a songé à contester.

Mais toujours il revenait au travail cependant si ingrat et si aride de la statistique et il publiait en août 1889 le commencement de son travail sur les *dents des Français*, qu'il continuait d'ailleurs en 1890.

Les questions relatives à l'exercice de l'art dentaire étant toujours à l'ordre du jour, il fit paraître à cette époque une publication très instructive ayant pour titre *Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés*, dans laquelle il cherchait à faire prévaloir ses idées, qu'il exposait avec talent.

Et les qualités de notre confrère, ses aptitudes étaient telles qu'à la suite de certains changements survenus dans notre corps enseignant il quittait son cours de thérapeutique spéciale pour remplacer pendant un certain temps le titulaire du cours de pathologie spéciale.

Il inaugurait son nouveau cours par une leçon magistrale sur les caractères spéciaux de la pathologie dentaire, faite le 12 novembre et publiée cette même année.

Les progrès apportés constamment à nos moyens d'obturation des dents attiraient son attention et, l'année suivante, il publia un

article très étudié, où il fit connaître ses essais d'obturation des dents à l'aide d'émail fondu.

Lorsque l'enseignement de l'art dentaire en France fut définitivement réglementé par la loi de 1892, il publia de nombreux articles et présenta de nombreux rapports relatifs à la situation créée par la loi nouvelle. Son étude sur le rôle des écoles dentaires mit la question au point et défie toute contradiction.

Enfin en 1894 parut la deuxième partie de son *Aide-mémoire*, qui est un des meilleurs livres d'étude pour les affections dentaires, celles de la cavité buccale et des maxillaires, qui fut rapidement entre les mains de la majorité des étudiants dentistes et que de nombreux praticiens aiment à consulter.

J'omets volontairement, messieurs, de nombreux articles scientifiques sur différents sujets. Je laisse à ceux qui retraceront le rôle considérable rempli par l'écrivain dans notre journal la tâche de les signaler.

Il me reste à vous rappeler la conviction avec laquelle il défendit ici en plusieurs circonstances son projet d'organisation des congrès dentaires en province. Vous savez quelle puissance oratoire il avait acquise. Cette puissance, il l'employa en cette occasion. Et, lorsqu'il fut chargé de l'organisation du premier de ces congrès, il s'y dévoua si complètement, avec une telle ardeur que le succès de cette réunion fut complet. Ce fut une juste récompense lorsque les dentistes français le nommèrent président de ce Congrès. Vous rappellerai-je l'aisance, la correction, la courtoisie, avec lesquelles il présida ces grandes assises ? Dois-je insister sur la clarté, la netteté de son rapport relatif à l'organisation des écoles dentaires en province ? Avec quelles expressions heureuses, avec quels arguments choisis n'exposa-t-il pas ses arguments, ses idées quand il prit part à la discussion ? Je suis heureux de me souvenir que tout le monde rendit hommage à son caractère en cette occasion et je suis sûr que ce témoignage lui fut précieux.

Je le répète, messieurs, des vides comme celui que laisse parmi nous Paul Dubois ne se comblent pas rapidement. Je fais appel en cette triste circonstance à l'intérêt que nous portons tous à notre profession. L'un des nôtres est tombé victime de la mort imbécile et injuste, alors que sa tâche était loin d'être achevée : il faut serrer les rangs, nous grouper plus intimement encore pour poursuivre son œuvre.

En dehors du respect que commandaient ses travaux, nous devions éprouver de l'admiration pour ce simple dentiste qui, par le programme de sa vie si remplie, à force de volonté, d'énergie et de travail opiniâtre, était parvenu à s'imposer même à ses adversaires.

Croyez-le bien, messieurs, son œuvre, dont la valeur a été proclamée par des bouches plus autorisées que la mienne, restera tout entière. Elle sera la base de l'édifice que les dentistes de notre génération ont entendu édifier, et ses travaux laisseront après lui une trace que le temps, cependant destructeur de tant de choses, n'effacera pas.

Il nous offre aussi un exemple à suivre. Sa vie, toute de travail, nous prouve quel effort peut fournir un homme bien doué. Nous ne l'oublierons pas et nous garderons précieusement le souvenir de cet homme de bien qui fut, ainsi que le déclarait un de nos doyens dans une lettre adressée à sa courageuse veuve, *l'honneur de notre profession.*

La solidarité professionnelle doit exister aujourd'hui plus que jamais et je suis certain que pas un d'entre nous ne l'oubliera.

Messieurs, je vous propose de lever la séance en témoignage du deuil cruel qui nous frappe.

La séance est levée à 9 heures et demie.

Le Secrétaire général,
J. D'ARGENT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion du 3 *mars* 1896.

Présidence de M. le Dr QUEUDOT.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. le président prononce une allocution.

M. Weber présente un cas d'anomalie dentaire, puis un dentier complet de sa fabrication porté par un de ses patients pendant 30 ans. Ce dentier est construit sans ressorts ; le bas tient par son propre poids, car la base a été faite avec un mélange d'étain et d'antimoine, le haut est construit avec une base en or recouverte de caoutchouc.

On remarque, en rapprochant les deux pièces, une usure très prononcée des dents et, par suite, une déviation de l'articulation.

M. Franchette lit une observation d'épithélioma recueillie à l'hôpital Trousseau.

Sur la proposition du président, il est décidé, étant donné le peu d'assiduité des membres de la Société aux séances de celle-ci, qu'il sera fait à chaque réunion, en outre de l'ordre du jour, une conférence sur un sujet quelconque intéressant la profession par un membre désigné et inscrit à la séance précédente. Chacun pourra la compléter par ses observations.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Réunion du 12 *juillet* 1895.

Présidence de M. MAGITOT, président.

La séance est ouverte 8 heures 1/2.

M. Beltrami présente, au nom de M. Amoëdo, étudiant en mé-

decine, une seringue destinée à pratiquer des lavages dans la cavité pulpaire et dans les canaux radiculaires de dents atteintes de carie pénétrante avec destruction de la pulpe. Ces lavages ont pour but de faire sortir les débris pulpaires et les matières étrangères qui encombrent la cavité et les canaux pulpaires et de les rendre aseptiques.

M. Frey présente les moulages de la bouche d'un enfant de 15 ans, atteint d'atrésie considérable du maxillaire supérieur. Dans l'occlusion de la bouche les dents supérieures sont situées entièrement en dedans du cercle décrit par la rangée des dents inférieures et se trouvent situées à 5 mm. environ de leur face interne. L'enfant ne présente pas d'antécédents héréditaires et n'a aucune autre difformité.

La séance est levée à dix heures.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

LES MINEURS ONT-ILS PU VALABLEMENT PRENDRE LA PATENTE EXIGÉE PAR LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 ?

Par M. Em. Roger,

Avocat à la Cour d'appel.

Cette question, bien que d'un caractère essentiellement transitoire, présente encore probablement un certain intérêt, puisque nous avons reçu, il y a quelques jours seulement, une lettre d'un de nos correspondants qui nous demande de bien vouloir la résoudre.

Voici dans quels termes, assez humoristiques d'ailleurs, elle nous a été posée :

« La loi permet par une disposition transitoire l'exercice de notre profession à tous dentistes patentés avant le 1er janvier 1892 ; c'est très bien. Mais beaucoup de papas, pour passer un croc en jambe à la loi, ont pris une patente pour leurs fils ou filles avant leur majorité. Le contrôleur des contributions, naturellement, n'a pas fait la moindre résistance, car l'argent tombait dans sa caisse. Mais cette patente est-elle valable, peut-elle conférer des droits au patenté? Car, si l'on va par là, on pouvait prendre une patente en prévision de la réglementation, et comme cette réglementation a été prévue longtemps d'avance, on aurait pu faire patenter les enfants dans le ventre de leur mère. »

Certainement il y a un peu d'exagération dans l'exposé de notre correspondant ; mais enfin on peut encore se demander quels peuvent être les effets d'une patente prise par un mineur, c'est-à-dire par une personne âgée de moins de 21 ans, par rapport à la loi de 1892.

La loi du 25 avril 1844 sur la patente porte dans son article 1er les dispositions suivantes : « Sont assujettis à la contribution des patentes tout individu français ou étranger qui exerce en France un commerce, une industrie ou une profession non spécialement exceptée par la loi. » Les termes de cet article sont généraux ; tout le monde doit payer la patente, sauf ceux qui excercent une profession exemptée.

La profession de dentiste n'est point dans les exceptions ; donc tout dentiste exerçant, français ou étranger, majeur ou mineur est assujetti à la patente. D'où la conséquence que le mineur a pu prendre valablement une patente, à une condition cependant, difficile à réaliser dans l'hypothèse de notre correspondant, c'est que le mineur ait exercé effectivement l'art dentaire. Si donc il était établi que le mineur n'a pris cette patente que pour éluder les effets d'une loi en préparation, sans qu'il ait effectivement pratiqué la dentisterie, nulle doute que cette patente deviendrait inopérante. Il faut et la patente prise et l'exercice effectif de la profession. La généralité des expressions contenues dans l'article 1er de la loi du 25 avril 1844 conduit logiquement à cette conclusion. Du reste, la question n'est pas sans précédent en jurisprudence.

Voici l'espèce : un fils mineur s'associe avec son père, on l'impose à la patente en cette qualité (art. 16 de la loi du 25 avril 1844). Il a demandé décharge de cette imposition par le motif qu'étant mineur non émancipé, et dès lors légalement incapable d'exercer un commerce ou une industrie, il ne pouvait être assujetti personnellement à l'impôt dont s'agit.

Le Conseil d'Etat, par son arrêt du 27 février 1866, a répondu par les considérations suivantes : « Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 25 avril 1844, tous les associés en nom collectif doivent être assujettis à la patente ; *qu'aucune disposition de loi n'exempte de ces droits les mineurs non émancipés* ».

Aucune disposition de loi n'exempte de la patente les mineurs exerçant la profession de dentiste. Donc elle est due, et si elle est due par le mineur, elle a pu être prise valablement par lui. Il n'y a aucune analogie à établir entre l'incapacité contractuelle du mineur et l'impossibilité qui devrait en résulter pour lui de prendre patente. Il exerce une profession ; peut-être que les contrats qu'il passe seront un jour annulés pour cause de minorité ; peu importe au fisc ; il exerce une profession, cela suffit pour légitimer la perception du droit de patente. Voilà donc une question dont on a tant parlé qui se trouve résolue ; qui exerce, doit ; qui n'exerce pas, ne doit rien. Si donc celui qui n'exerce pas a cependant pris une patente, ce ne peut être qu'en vue d'éluder les dispositions d'une loi prohibitive, car on ne se grève pas à plaisir d'une patente fantaisiste, la nullité pourrait être demandée par les intéressés comme prise pour faire échec à une loi imminente.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(*Session de Nancy*, 1896.)

RÉUNION DES DENTISTES DE L'EST A NANCY. — CONSTITUTION DU BUREAU LOCAL. — MODIFICATION DE LA DATE DU CONGRÈS. — COMMUNICATIONS ANNONCÉES. — MODIFICATION DANS LA PUBLICATION DES COMPTES RENDUS.

Le lundi 6 avril, a eu lieu à Nancy la réunion qui avait été provoquée par le bureau central du Congrès pour la nomination du bureau local. Les confrères de l'Est étaient venus en assez grand nombre. La plupart des dentistes de Nancy y assistaient : MM. Barthélemy, Huron, Dr Rosenthal père et fils, Michel, Le Payen, Gascuel, Thibault, Sauval. MM. Thioly et Noël s'étaient fait excuser, empêchés au dernier moment.

Parmi les confrères venus des autres villes, nous citerons : MM. Lée, de Reims, Chouville, de St-Quentin, Cordelier, d'Epinal, Hess, de Montbéliard, Tournier-Daille, de Lons-le-Saulnier, Arlet, de Corbeny, Hunziker, de Toul, Montignac, de Lunéville, Ott, de St-Dié, etc.

Plusieurs autres confrères avaient envoyé, au sujet de cette séance préparatoire, des lettres d'excuse dans lesquelles ils promettent de venir au Congrès ; nous en avons reçu d'un grand nombre de villes de l'Est : Belfort, Sedan, St-Dizier, Ste-Menehould, St-Dié, Dijon, Charleville, Besançon, Pont-à-Mousson, etc.

La séance a commencé à 4 heures, salle de l'Agriculture, sous la présidence du Dr E. Sauvez, président du bureau central. Dans une courte allocution, il a parlé du but de la réunion, de l'utilité des Congrès et des avantages de la bonne confraternité ; il a fait ressortir l'indépendance de ces Congrès nationaux, garantie par la représentation des différents éléments dans le bureau, et fait appel à la solidarité des dentistes de l'Est qui ne sont pas encore groupés en société, alors que toutes les autres régions de France en sont pourvues.

On a ensuite procédé au vote pour la nomination des 6 membres destinés à former le bureau local. MM. Barthélemy, Dr Rosenthal, Huron, Chouville, Cordelier et Lée ont été nommés, pour la plupart à l'unanimité. Ces six membres se sont réunis pour former le bureau local.

Nous en donnons ci-dessous la composition, ainsi que celle du bureau central, que nous rappelons pour mémoire.

BUREAU DU CONGRÈS

Président du Congrès : Dr GUÉNARD, de Bordeaux.

BUREAU CENTRAL.		BUREAU LOCAL.		BUREAU NON RÉGIONAL.
Président.	MM. Dr Sauvez.	*Président.*	MM. Dr Rosenthal, de Nancy.	Sera composé de 6 membres nommés au début du Congrès.
Sec. gén.	Choquet.	*Sec. gén.*	Barthélemy id.	
Trésorier.	Ducournau.	*Secrét.*	Huron.	
Secrét.	Loup.		Cordelier, d'Epinal	
Membres.	Lemerle.	*Membres.*	Chouville, de St-Quentin.	
	Francis Jean.		Lée, de Reims.	

Après la séance, un banquet a été offert par les dentistes de Nancy aux confrères venus des autres régions, et ensuite a eu lieu la première réunion du bureau local. Le Dr Sauvez a montré quels étaient les desiderata du bureau central, qui l'avait délégué à cet effet, et on a examiné en commun les mesures à prendre pour faire de ce Congrès une réunion utile pour l'instruction et la bonne confraternité des dentistes français et pour assurer aux congressistes le meilleur emploi de leur temps pendant leur séjour dans la ville de Nancy.

D'importantes résolutions ont été discutées et adoptées dans cette séance, ainsi que dans les réunions du bureau central et du bureau local qui se sont tenues depuis cette époque.

La dernière séance du bureau central a eu lieu samedi 2 mai. Le Dr Rosenthal y assistait.

De cette réunion et des réunions précédentes, il résulte que :

1° La date du Congrès est modifiée de la manière suivante : le mercredi 12 *août*, réunion confraternelle, à Nancy, à 8 heures du soir, à un endroit qui sera ultérieurement désigné aux membres du Congrès ; le *jeudi* 13, le *vendredi* 14 et le *samedi* 15, séances du Congrès ; le dimanche 16, excursion.

Cette mesure a été prise à la demande d'un grand nombre de confrères et sur l'instigation du bureau de Nancy ; la première date des 20, 21 et 22 août qui avait été fixée, nous avait valu beaucoup de lettres de protestation. De plus, les personnalités que nous avons en vue pour la présidence d'honneur n'auraient pu attendre cette époque ; enfin, sur les quatre jours, il y a deux jours fériés, de sorte que les congressistes perdront moins de temps ;

2° Le bureau du Congrès s'engage *formellement* à assurer la publication des comptes rendus des travaux du Congrès dans les trois mois qui suivent. Le livre du Congrès de Nancy aura donc certainement paru avant le 15 novembre 1896.

Cette mesure a été prise à la suite d'une grande quantité de lettres qui nous sont parvenues, et qui émanent des congressistes venus l'année dernière à Bordeaux. Ces confrères s'étonnent, à juste titre, que ce travail ne soit pas encore terminé, et ne veulent pas s'engager pour le prochain Congrès, sans avoir reçu le livre auquel ils ont droit. Nous déclinons toute responsabilité au sujet de ce retard ; aucun des membres du bureau actuel du Congrès de Nancy n'est chargé de s'occuper la publication des comptes rendus du Congrès de Bordeaux.

Nous ne pouvons que nous engager pour ce qui nous concerne ; d'ailleurs la plus grande partie des procès-verbaux a paru déjà dans *l'Odontologie* et le retard est dû à plusieurs causes, entre autres à la mort de notre regretté président du Congrès de l'année dernière ;

3° La plus grande hospitalité sera accordée aux démonstrations pratiques. Il sera même fait appel à certaines personnalités étrangères qui ne comptent parmi nous que des sympathies et on fera tout ce qu'il est possible pour avoir un grand nombre de démons-

trations sur le malade, ce qui est plus particulièrement utile pour l'instruction professionnelle et ce qui manque le plus souvent dans les Congrès ;

4° Parmi les communications annoncées, nous attirons l'attention sur une série de projections sur l'histologie de la dent, par M. Choquet, qui présenteront un intérêt particulier, car les congressistes pourront se rendre compte des plus petits détails des coupes nombreuses que l'on fera passer devant leurs yeux.

Dans un prochain numéro nous parlerons des communications qui nous ont été annoncées jusqu'ici et nous tiendrons les lecteurs au courant de ce que nous connaîtrons de précis au sujet du Congrès.

Pour le Bureau central :

Le Président, Dr E. Sauvez.

Le Secrétaire général, Choquet.

PROGRAMME ET CONDITIONS POUR L'OBTENTION DU BREVET DE MÉCANICIEN-DENTISTE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

ENSEIGNEMENT.

Article 1er. — Il est créé à l'Ecole dentaire de Paris un enseignement théorique, ayant pour but de permettre aux jeunes mécaniciens-dentistes d'apprendre la technique de leur profession et de leur conférer un brevet, certifiant leur capacité théorique et leur pratique professionnelle.

Art. 2. — L'enseignement est absolument théorique. Il est divisé en deux années.

Art. 3. — L'enseignement comprend l'assistance aux cours : 1° de physique et de mécanique, 2° de chimie appliquée, 3° de prothèse et de mécanique dentaires théoriques. Ces cours durent deux ans. Ils portent sur les matières suivantes :

1° *Physique et mécanique.* — Définitions. — Principes de mécanique. — Pesanteur. — Hydrostatique. — Chaleur. — Electricité. — Optique et acoustique. — Métallurgie. — Applications à l'art dentaire.

2° *Chimie appliquée.* — Définitions. — Corps simples et composés. — Nomenclature, théorie atomique et équivalents. — Lois fondamentales de la chimie. — Principaux métalloïdes, leurs composés oxygénés et hydrogénés, classification. — Métaux, alliages et amalgames. — Composés binaires, sels.

Généralités sur la chimie organique. Fonctions chimiques. — Un type usuel de chaque fonction. — Principaux composés organiques employés en art dentaire. — Chimie biologique. — Manipulations pratiques de chimie.

3° *Prothèse et mécanique dentaires.* — Examen et préparation de la bouche. — Empreintes. — Articulation. — Moulages. — Surmoulages. — Modèles en plâtre. — Modèles métalliques. — Modelage en cire. — Estampages. — Soudures.

Modes de rétention des appareils. — Succion. — Crochets. — Ressorts. — Pivots. — Coiffes.

Dents naturelles de bétail, humaines ; artificielles simples, à talon, à gencive, à tube, ajustement.

Appareils sculptés : Hippopotame.

— moulés : Celluloïd. — Vulcano-plastiques. — Métallo-plastiques. — Céramo-plastiques.

— estampés : Or. — Platine. — Aluminium. — Alliage.

Dents à pivot. — Pièces à pont.

Orthopédie dentaire. — Redressement des maxillaires, des dents. — Obturateurs. — Voiles. — Appareils pour fractures des maxillaires. — Prothèse des maxillaires, bucco-nasale et nasale.

Esthétique.

DURÉE ET HEURES DES COURS

Art. 4. — Les cours commencent chaque année le 1er lundi de novembre et se terminent à la fin de juin, avec une interruption de huit jours à l'époque des vacances du jour de l'an, et une de même durée à l'époque des vacances de Pâques. Quelques jours de vacances sont également accordés au moment des fêtes reconnues.

Art. 5. — Les cours ont lieu tous les jours de 8 à 9 h. et de 9 à 10 h. du soir.

CONDITIONS D'ADMISSION

Art. 6. — Les candidats admissibles au brevet de mécanicien-dentiste sont divisés en deux catégories, savoir :

1° Les étudiants désirant suivre les cours théoriques du soir ;

2° Les étudiants se présentant à l'examen sans avoir suivi les cours théoriques.

Art. 7. — Tout étudiant désirant suivre les cours théoriques de l'Ecole dentaire de Paris doit, en adressant sa demande d'admission à l'Ecole, déposer :

1° Son acte de naissance constatant qu'il est âgé de 16 ans au moins ;

2° Une autorisation de ses parents ou de son tuteur acceptant les charges et conditions prévues par les règlements ;

3° Un certificat d'études primaires ; dans le cas contraire, le candidat devra subir un examen équivalent à celui du certificat d'études primaires ;

4° Un certificat légalisé d'apprentissage, celui-ci ne devant pas être inférieur à trois années ;

5° Un certificat de bonne conduite de son patron.

Art. 8. — En aucun cas les candidats ne pourront passer leurs examens pour l'obtention du brevet de mécanicien-dentiste, si leur apprentissage n'est complètement terminé, d'après les conditions stipulées dans l'acte passé avec leur patron.

Art. 9. — Le candidat appartenant à la deuxième catégorie, c'est-à-dire celui qui ne suivra pas les cours de l'Ecole dentaire, devra, en adressant sa demande d'admission, déposer :

1° Son acte de naissance constatant qu'il est âgé de 18 ans au moins ;

2° Une autorisation de ses parents ou tuteur, acceptant les charges et conditions prévues par les règlements ;

3° Un certificat d'études primaires ; dans le cas contraire, le candidat devra subir un examen équivalent à celui du certificat d'études primaires ;

4° Un certificat légalisé d'apprentissage, celui-ci ne devant pas être inférieur à trois années ;

5° Un certificat de bonne conduite de son patron ou de ses patrons.

DROITS.

Art. 10. — Les droits d'entrée, d'examens, d'inscription et de brevet s'élèvent à 100 francs pour les deux années d'études.

Art. 11. — Les droits d'examens et de brevet pour les candidats de la deuxième catégorie s'élèvent à 50 francs payables en s'inscrivant.

Art. 12. — Les droits se répartissent de la manière suivante pour la première année :

En s'inscrivant :

1er versement, 1er novembre	20 fr.	1re inscription.
2e versement, 1er janvier	10	2e inscription.
3e versement, 1er mars	10	3e inscription.
4e versement, 1er mai	10	4e inscription.
	50 fr.	

Les droits et les versements de la deuxième année ont lieu comme ceux de la première année.

Art. 13. — L'étudiant qui veut disposer de la bibliothèque, doit en outre verser 6 francs par an et se conformer aux règlements.

Art. 14. — Les parents de tout étudiant qui se fait inscrire pour suivre les cours de l'Ecole, prennent l'engagement signé, sitôt l'élève admis, de payer la totalité des droits à acquitter dans les conditions fixées par le règlement. *Ils doivent entièrement l'année pour laquelle l'élève s'est fait inscrire, soit 50 francs.*

Art. 15. — Tout étudiant se trouvant dans l'impossibilité matérielle de continuer les cours peut être dispensé par le Conseil d'administration des droits dont il reste redevable à l'Ecole, pour des motifs sérieux que le Conseil apprécie.

Art. 16. — Tout étudiant qui échoue aux examens obtient une remise de 20 francs.

Art. 17. — Tout étudiant qui, après un échec, désire se présenter à la session suivante, doit payer un droit fixe de 20 francs pour frais d'examens.

Art. 18. — Pour être admis à se présenter à l'examen d'entrée, les élèves doivent verser une somme de 10 francs, dont la moitié est rendue en cas d'échec ou si l'élève ne se présente pas.

EXAMENS.

Art. 19. — Les examens sont au nombre de trois :

1° L'examen d'entrée, pour les élèves qui ne possèdent pas leur certificat d'études primaires.

2° Un examen théorique de fin de deuxième année portant sur les matières enseignées.

2° Un examen pratique consistant en l'exécution en loge d'un appareil ou de fractions d'appareil prothétique et en questions posées par l'examinateur au sujet du travail présenté.

Art. 20. — Les examens théoriques seuls sont publics et ont lieu : pour la première session au mois de juillet, et pour la deuxième session au mois d'octobre. Le jury d'examen est composé de professeurs de l'Ecole et d'un délégué du Conseil d'administration. Un règlement spé-

cial est publié par la commission un mois au moins avant la période des examens.

Art. 21. — La commission scolaire statue sur le nombre de points à obtenir pour recevoir le brevet de mécanicien-dentiste.

Art. 22. — Il est institué deux sessions d'examens, la première en juillet, la seconde en octobre.

Art. 23. — Les étudiants qui, pour une raison quelconque, ne subissent pas les examens à la session de juillet, ou qui échouent dans leurs examens, peuvent se présenter au mois d'octobre (voir l'art. 17).

PEINES DISCIPLINAIRES.

Art. 24. — Le Conseil peut prononcer un blâme, l'exclusion temporaire ou définitive de tout étudiant qui se rend coupable d'une faute grave, contraire à la bonne tenue, à la discipline, aux lois de l'honneur ou de la probité.

Les droits versés restent acquis à l'Ecole.

RÉCOMPENSES.

Art. 25. — Le Conseil d'administration accorde chaque année des mentions aux trois étudiants qui ont obtenu aux examens un maximum de points fixé par la commission scolaire.

Art. 26. — La distribution des brevets et des récompenses a lieu dans la séance d'ouverture des cours de l'année scolaire suivante.

Art. 27. — Les étudiants subissant leurs examens à la session de juillet sont seuls admis à concourir pour les récompenses.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

LA VÉRITABLE CAUSE DE LA CARIE DENTAIRE ET SA GUÉRISON

Par M. le Dr TELSCHOW, de Berlin.

M. Miller, de Berlin, soutient que la carie dentaire doit être attribuée aux micrococques existant dans la bouche. Je prétends fournir la preuve du contraire.

Quoique M. Miller ait écrit un livre sur les micro-organismes, dans lequel il s'efforce de prouver que la carie résulte de l'action des micrococques, je prétends qu'il faut en chercher la cause dans *l'alimentation défectueuse des dents présentant des défauts constitutionnels résultant de l'hérédité.*

Comment pourrait-on expliquer autrement ce fait que, assez souvent, la carie reste stationnaire pendant des années, tandis que les influences nocives agissant sur les dents demeurent les mêmes ?

L'état général s'est amélioré, les dents sont mieux nourries et, conséquemment, les résistances sont aussi plus grandes. On trouve toujours des micrococques dans la bouche; ils réclament, comme tout être vivant, le droit du plus fort et ne peuvent causer quelque

dommage qu'aux dents dont le principe vital s'est affaibli, c'est-à-dire à celles qui ont eu une alimentation défectueuse en suite de laquelle la carie commence, créant un terrain de nutrition aux champignons.

Pendant la grossesse, où la nourriture du fœtus exige une grosse dépense de force, la carie des dents nous frappe particulièrement. Durant cette période l'alimentation des dents n'est pas complète, parce qu'elles sont trop peu organisées et elles se carient souvent, c'est-à-dire que la masse dentaire s'amoindrit, ce qu'on a déjà constaté auparavant par des endroits sensibles, d'un aspect crayeux sur l'ivoire.

La décoloration de l'ivoire, qui est une décalcification, est due à l'action d'acides qui résulte d'un processus de fermentation ou de la décomposition de substances corruptibles. On voit clairement d'après cela que l'émail aussi est organisé, car autrement il ne pourrait pas devenir douloureux.

Quelques savants soutiennent que l'émail n'est pas organisé et qu'il est une formation morte et finie. Mais on sait que les grands savants se sont souvent trompés et que nous ne pouvons pas approfondir complètement les créations et l'action de la nature.

Les naturalistes ont prouvé qu'il n'y a pas d'état stationnaire dans la matière, que tout dans la nature est constamment en mouvement. L'homme se transforme d'une façon permanente par l'intérieur. Si l'apport de sève cesse, les organes périssent à l'extérieur et alors commence la dégénérescence, c'est-à-dire que les atomes contractent de nouvelles unions ou servent d'aliments à des êtres inférieurs, ce qui entraîne de nouveau dans l'éternelle circulation vitale ce qui est mort en apparence. Le nature nous offre à cet égard une preuve caractéristique dans ce fait que des animaux mal nourris ou des vieillards digérant mal souffrent cruellement de parasites par suite d'une alimentation défectueuse du corps. Les faits sont des preuves, mais je ne puis pas être persuadé par ce que des savants ont voulu voir sous leur microscope. La nourriture du corps joue aujourd'hui dans le traitement des maladies un grand rôle et on s'écarte toujours plus de l'emploi des médicaments. On a compris que la cuisine est la meilleure pharmacie. Cela prouve suffisamment combien une alimentation rationnelle est importante et qu'on doit attribuer les causes de la plupart des maladies à une alimentation irrationnelle.

Si la théorie de M. Miller était juste, les gens malpropres devraient tous avoir les plus mauvaises dents, et ce n'est souvent pas le cas. On rencontre des gens qui ne se nettoient jamais les dents et qui les emportent dans la tombe parfaitement saines malgré cela.

La preuve de la théorie de Miller, qui consiste à pouvoir produire une carie artificielle, pèche en ce qu'il emploie pour cela des dents extraites auxquelles manque le principe vital et qui, par suite, ne peuvent opposer aucune résistance. Pour le même motif son affirmation est inexacte quand il soutient que l'iodoforme et les huiles éthérées ont le moins de pouvoir antiseptique, lorsque nous em-

ployons précisément avec le meilleur succès l'iodoforme associé au menthol pour la conservation des racines gâtées des chicots. (Conséquemment les dentifrices qui contiennent du menthol et de l'iodoforme exercent une action de conservation très marquée.) Les médicaments agissent sur les êtres vivants tout autrement que sur les corps morts.

On voit d'après cela combien on doit peu se fier aux soi-disant motifs scientifiques de M. Miller. Les champignons ne trouvent d'aliment que là où une dégénérescence se produit, où une corruption a lieu. Il suffit d'aller dans un bois et de regarder l'écorce des arbres pour remarquer que les champignons poussent sur les parties mortes de celle-ci, tandis qu'ils ne se montrent pas où elle est encore nourrie. Le seul moyen d'arrêter la phtisie est de lui opposer de la résistance par une bonne nourriture et, de plus, de tenir éloignées les causes d'irritation.

Les champignons de la bouche exercent une irritation sur les dents attaquées par la carie, c'est là un fait patent. Mais comme nous ne pouvons pas à volonté opposer de la résistance par l'intérieur, car l'estomac n'est pas une cornue, au moyen de laquelle on puisse introduire dans le corps les sels de chaux qui lui manquent, nous essayons de guérir la carie en enlevant soigneusement toutes les parties qu'elle a atteintes, ainsi que la dentine douloureuse, quand elle se trouve dans un état d'inflammation, et en opposant à l'irritation une barrière protectrice par une obturation hermétique. Plus cette double opération est faite avec soin, plus le succès du plombage est assuré.

Il n'existe pas d'autre moyen de défense contre la carie. Pour conserver ses dents il est donc nécessaire d'aller chez le dentiste, non pas seulement quand la douleur vous y contraint, mais bien de se faire un principe de se faire examiner les dents par rapport à la carie aux époques indiquées par le dentiste. Ce n'est que par un plombage exécuté à temps qu'on peut arrêter cette maladie le plus sûrement.

Malgré tous nos soins, nous n'en dépendons pas moins de la structure individuelle de nos dents, car le plombage provoque une irritation sur la dentine, surtout quand la carie était humide, ainsi que nous pouvons nous en convaincre facilement, et plus l'homme est sensible, plus ce fait se décèle par des phénomènes inflammatoires, de même qu'il montre de la sensibilité aux changements de température.

Dans la plupart des cas la nature crée une résistance par la décalcification de la dentine, et l'état inflammatoire cesse alors. La dent peut alors, sans céder, supporter des corps étrangers pendant longtemps, comme la masse osseuse le peut elle-même, ainsi que le prouvent la transplantation des dents dans un maxillaire foré et beaucoup de balles qui ont pénétré dans le corps. Mais les parties osseuses mortes produisent de l'inflammation et de la suppuration. L'état d'irritation causé par le plombage (si le corps n'oppose aucune résistance), de quelque matière qu'il se compose, peut aussi

amener la mort de la pulpe, de l'organe nutritif sous le plombage lui-même. De même, après des années, une alimentation défectueuse de la dentine peut aussi amener une nouvelle corruption, bien que l'obturation soit encore absolument intacte et que, par suite, aucune influence extérieure n'ait pu s'exercer.

La nature oppose des résistances aux actions extérieures, nous en avons assez de preuves. Nous avons fréquemment l'occasion d'observer sur les dents des vieillards une calcification de la dentine produite par l'usure de la couche d'émail pendant la mastication. Si plus tard la couche de dentine est attaquée, la calcification de la dentine augmente dans la même proportion vers le centre de la dent, de sorte que la pulpe en meurt sans douleur. Ces racines mortes sont nourries dans la suite par le périoste. Il en est autrement si la nature n'oppose aucune résistance, et le processus pathologique est tout différent.

Dès que l'irritation commence, il se produit de la douleur, de sorte que nous sommes forcés de tuer la pulpe et, malgré toutes nos précautions et l'emploi des meilleurs antiseptiques, il s'ensuit une périostite, contre laquelle toutes les ressources de notre thérapeutique demeurent impuissantes.

Witzel recommande, dans ce cas, la pince comme le meilleur moyen. Les anciens dentistes reconnaissaient le cautère comme le meilleur antiseptique et nous y sommes revenus. Ils employaient comme plombage un amalgame de cuivre, considéré encore aujourd'hui comme le meilleur obturant, mais qui a l'inconvénient de se noircir. Malgré cet inconvénient, M. Miller propose d'employer de l'or en feuilles avec de l'étain en feuilles, alliage qui, outre qu'il devient foncé, ne cause à l'opérateur que des difficultés pour être préparé et au patient que des ennuis. Le zinc seul ne se décolore pas dans la bouche, l'or non plus, et les plombages de chacun de ces métaux se conservent également bien.

Le perfectionnement des plombages combinés doit consister en ce qu'il n'y ait plus de décoloration de la dent, et c'est ce qui ne se produit pas avec les plombages faciles à exécuter non plus qu'avec ceux à l'amalgame de cuivre de M. Miller lorsque la cavité a été enduite auparavant d'une solution de gomme-laque.

On considérait autrefois l'émail des dents comme un revêtement protecteur contre les influences extérieures, ce qui va à l'encontre de ce fait que les anciens dentistes, pour arrêter la carie, enlevaient totalement avec la lime l'émail détruit par la carie. Cette opération exécutée à fond, les dents se conservaient saines encore de longues années, tandis que la dentine était complètement abandonnée aux influences nocives. Il est clair, d'après cela, que la dentine était bien nourrie. Je concède qu'avec des irritations comme celles qu'on rencontre chez les boulangers et les pâtissiers, les résistances sont trop faibles pour lutter. Mais l'homme le plus vigoureux n'est-il donc pas aussi exposé à des influences nocives qui agissent sur lui d'une manière permanente ?

C'est malheureusement un fait connu que les dents des peuples

civilisés deviennent de plus en plus mauvaises, ce qui trouve son explication dans la mollesse et le genre de vie raffinée de la génération actuelle. Je crois que les anciens Allemands qui habitaient les bois n'avaient pas de mauvaises dents, la preuve s'en trouve chez les Bohémiens, qui nous rappellent notre peuple primitif, et chez certaines tribus nègres. Dans notre génération les résistances du corps se sont affaiblies, tandis que les irritations, sous formes d'acides libres de l'estomac produites par des extravagances de tout genre, ont pris le dessus dans la destruction des organes.

Tout ce que je dis de la production de la carie et de sa guérison s'applique aussi à la phtisie pulmonaire, dont la guérison ne survient que dans les mêmes conditions, en nourrissant bien l'organe malade et en écartant tous les irritants, c'est-à-dire rarement, parce qu'il est difficile d'éloigner ces derniers. Comme le poumon sert à la respiration, on ne peut pas le couvrir d'un revêtement protecteur, et c'est pour cela qu'il demeure toujours exposé aux influences nocives.

La guérison de la phtisie avec la lymphe de Koch ayant échoué, on essaye de nouveau de traiter cette affection dans des établissements spéciaux. Cette guérison survient, comme pour la carie, avec la calcification des parties malades du poumon. Les bacilles existants sont alors forcés de se chercher un autre terrain de nutrition, car ils peuvent aussi peu tirer du poumon guéri que du poumon sain. C'est donc à peine si l'on croira dorénavant aux bacilles et aux micrococques comme causes des maladies.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Influence de la lumière, du temps et de la pureté de l'alcool sur la stabilité de la teinture d'iode (*P. Popiel*). — II. L'adhésol. — III. Gargarisme contre la fétidité de l'haleine. — IV. Cocapyrine. — V. Poudre dentifrice au chlorate de potasse, par M. Créquy. — VI. L'acide trichloracétique comme dissolvant du tartre dentaire. — VII. L'essence de térébenthine comme hémostatique.

I. — Influence de la lumière, du temps et de la pureté de l'alcool sur la stabilité de la teinture d'iode (*P. Popiel*).

L'auteur a entrepris d'élucider cette triple question. Pour cela, il a préparé de la teinture d'iode avec trois sortes d'alcool :

1° Alcool chimiquement pur du commerce ;

2° Alcool ordinaire du commerce ;

3° Alcool ordinaire additionné de 2 pour 100 d'alcool amylique.

Ces trois alcools contenaient environ 96 pour 100 d'alcool éthylique pur, sans aldéhyde.

La teinture a été préparée avec de l'iode renfermant 1 pour 100 d'impuretés ; la quantité dissoute était de 8.704 pour 100 dans chaque teinture. La dissolution était le plus rapide dans l'alcool contenant de l'alcool amylique.

Ces trois teintures furent soumises à l'action de la lumière diffuse, et aussi à l'obscurité. Le dosage de l'iode était fait toutes les semaines.

L'altération s'est manifestée dès la première semaine dans la teinture préparée à l'aide d'alcool contenant l'alcool amylique. Dans les deux autres, elle ne commença que dès la deuxième semaine. Dans la suite, cette altération marcha également vite dans les trois teintures exposées à la lumière diffuse. Au bout de deux mois, chaque teinture avait perdu 0 gr. 68 d'iode sur 8 gr. 704.

Les teintures placées à l'obscurité ont aussi perdu de l'iode, et même en plus forte quantité. La diminution dans le même laps de temps a été de 0.816 pour 8 gr. 704.

Ce fait est contraire à l'opinion généralement répandue qu'il faut conserver la teinture d'iode à l'obscurité ; c'est le contraire qui est vrai. L'auteur dit que, à la lumière, l'iode forme de l'acide iodhydrique, de l'iodure d'éthyle, de l'iodoforme, qui sont décomposés tout de suite par la lumière, en donnant de l'iode libre.

(*Schweiz. Wochenschrift für Chemie und Pharm.*, XXXIII, 1895, 243.)

II. — L'adhésol.

M. Patein présente, au nom d'un de ses internes en pharmacie, M. Dufau, un produit qui peut remplacer le stérésol et qui est préparé avec les ingrédients suivants :

Résine copal	35 grammes
Benjoin	3 —
Baume de tolu	3 —
Essence de thym	2 —
Ether officinal	100 —
Naphtol-bêta	0 gr. 30

Ce liquide, auquel M. Dufau a donné le nom d'*adhésol*, est visqueux, mais il est plus fluide que le stérésol et d'une application plus facile ; il s'évapore rapidement et laisse, après évaporation, une pellicule plus mince que celle du stérésol ; dans l'adhésol, le naphtol remplace l'acide phénique que contient le stérésol, ce qui éloigne tout danger d'intoxication par l'acide phénique.

Ce mot adhésol n'est pas déposé et appartient au domaine public ; les pharmaciens peuvent donc s'en servir sans s'exposer à aucune revendication.

(*Soc. de thérapeutique.*)

III. — Gargarisme contre la fétidité de l'haleine.

Saccharine	1 gramme
Bicarbonate de soude	1 —
Acide salicylique	4 —
Alcool	200 —

Quelques gouttes dans un verre d'eau.

(*Gazzetta medica di Torino*, XLVI, 1895, 475.)

IV. — Cocapyrine.

Sous ce nom on désigne un mélange de 2 grammes d'antipyrine et 0 gr. 02 de cocaïne, préconisé contre les affections de la gorge. On prépare des pastilles contenant chacune 0 gr. 20 d'antipyrine et 2 milligrammes de cocaïne, dont on laisse fondre 3 ou 4 sur la langue. Ce mélange donne de bons résultats contre la pharyngite et l'amygdalite. L'action analgésique des composants est augmentée.

(*Pharm. Zeitung*, XL, 12 octobre 1895, 669.)

V. — Poudre dentifrice au chlorate de potasse, par M. Créquy.

M. Créquy a l'habitude de prescrire à ceux de ses malades qu'il soumet à un traitement martial une poudre dentifrice destinée à empêcher les dents de se noircir. Cette poudre est ainsi composée :

Borate de soude	10	grammes
Chlorate de potasse	5	—
Magnésie calcinée	10	—
Craie préparée	10	—
Essence de menthe	11	gouttes

Pour rendre cette poudre antiseptique, il a eu l'idée d'y ajouter 1 gr. de saccharine; or, le pharmacien qui avait à préparer cette poudre se mit à triturer le chlorate de potasse avec la saccharine, et il se produisit immédiatement une explosion formidable. Le pharmacien en fut quitte pour une légère brûlure des mains. M. Créquy juge utile de prévenir les médecins et les pharmaciens des dangers que présente l'association du chlorate de potasse avec la saccharine.

M. Crinon fait observer que l'accident survenu dans la préparation de cette poudre n'a rien de surprenant ; il est absolument classique qu'une explosion se produise dans le cas où le chlorate de potasse est trituré avec une matière organique quelconque ou avec toute autre substance facilement oxydable.

VI. — L'acide trichloracétique comme dissolvant du tartre dentaire.

Cet acide a été recommandé récemment par le docteur Pierce pour dissoudre le tartre dentaire. On humecte avec la solution un fragment de bois et on frotte le dépôt dentaire jusqu'à dissolution complète.

Cette opération doit être effectuée avec précaution, en raison de la causticité de l'acide trichloracétique.

(*Giornale di Farmacia et di Chimica*, XLIV, 1895, 151.)

VII. — L'essence de térébenthine comme hémostatique.

M. J. Sasse signale quelques particularités encore peu connues de l'essence de térébenthine, notamment son pouvoir hémostatique.

Chez deux hémophiles, qui, après l'avulsion d'une dent, furent pris d'hémorragies alvéolaires incoercibles, et contre lesquelles tous les moyens avaient échoué, un tampon de ouate imprégné d'essence de térébenthine arrêta immédiatement l'écoulement sanguin.

Dans un autre cas, relatif à une jeune fille, atteinte depuis plusieurs mois de scorbut avec hémorragies gingivales et hématurie persistante, il a suffi d'un collutoire et d'une potion térébenthinés pour voir cesser les accidents et obtenir la guérison.

Enfin chez une femme de 33 ans les propriétés se sont manifestées avec une grande évidence. Cette femme était, depuis plusieurs mois, hématurique essentielle. Une cuillerée à soupe d'une potion à 1 gramme d'essence de térébenthine toutes les heures fit cesser définitivement l'hématurie dans l'espace de quelques semaines.

(*Presse médicale.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. — Statistique des anesthésies.

Par le Dr Gurtl, de Berlin.

De 1890 à 1893, 166.812 anesthésies au chloroforme ont causé 63 morts, soit 1 sur 2.649.

26.320 éthérisations ont donné 2 morts, soit 1 sur 13.169.

8.014 anesthésies avec le chloroforme et l'éther mélangés ont amené 1 mort.

4.190 par 1 mélange d'alcool ont occasionné 1 mort.

7.541 par le bromure d'éthyle ont amené 2 morts, soit 1 par 3.770.

Les anesthésies au protoxyde d'azote, passablement nombreuses, n'ont produit aucune mort.

En 1885 la mortalité causée par le chloroforme s'est élevée à 1 sur 1.946.

On a fait cependant un usage plus considérable du chloroforme de Pictet, purifié par une température exceptionnellement basse. D'après l'opinion générale, le danger de cet agent est dû aux impuretés chimiques du chloroforme ordinaire.

Il y a aussi des tendances en Allemagne à revenir à l'éther. On a fait cette année 11.600 éthérisations au lieu de 6.200 l'année passée. Et cependant tous les auteurs signalent parmi les inconvénients de l'éther l'hyperémie considérable, la bronchite et les pneumonies.

(*La Odontologia.*)

II. — Constriction permanente des machoires.

M. Liaras. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade qui a été vu pour la première fois à la Clinique de M. le Dr Moure jeudi 12 décembre courant. Il y venait se faire soigner, ayant de la raucité très accentuée de la voix. Quand on voulut examiner son larynx, il répondit qu'il ne pouvait ouvrir la bouche. On l'interroge alors et on apprend qu'à l'âge de douze ans, il a souffert des dents et que, depuis cette époque, il n'a jamais pu ouvrir la bouche.

C'est donc un malade atteint de constriction des mâchoires depuis vingt-deux ans environ, puisqu'il est âgé aujourd'hui de trente-quatre ans.

Actuellement on peut constater que les deux mâchoires ne s'écartent pas; il existe au niveau des deux masséters une dépression et l'on perçoit à ce niveau une surface dure, qui a la forme d'un muscle un peu atrophié.

Si l'on demande au malade comment il peut se nourrir, il répond qu'il mange toutes sortes d'aliments liquides et mêmes solides, qu'il introduit dans sa bouche grâce à un orifice situé du côté droit de sa mâchoire et dû à l'absence d'une dent. Une ébauche de trituration se produit alors, grâce à un léger mouvement de latéralité imprimé à la mâchoire.

Si l'on poursuit l'examen, on constate de la rétraction des muscles sus-hyoïdiens ; pas de cicatrices extérieures ; la vérification d'une cicatrice intra-buccale est malaisée à faire ; il n'en paraît pas exister. Rien de notable au palper au niveau des articulations temporo-maxillaires ni des fosses temporales.

Je pense qu'on peut éliminer le diagnostic étiologique d'arthrite tem-

poro-maxillaire. Les commémoratifs surtout et un peu l'exploration physique, bien que forcément incomplète, font songer à autre chose. En effet, nous avons affaire à un malade qui a de la périostite assez intense du maxillaire due à une lésion dentaire, si l'on peut ajouter foi à l'histoire qu'il raconte. D'ailleurs, voici un débris osseux qui provient de son mal et qu'il a religieusement gardé depuis vingt ans.

Il est possible qu'il y ait eu retentissement sur l'articulation, bien que, d'après les auteurs, la simple immobilisation, même très prolongée, soit rarement snsceptible de produire une ankylose. D'ailleurs, les mouvements de diduction possibles, en même temps qu'ils témoignent de l'état des ptérygoïdiens externes, dénotent une certaine intégrité dans le fonctionnement de l'articulation.

L'examen intra-buccal et extérieur ne permet pas de croire beaucoup à une constriction d'origine cicatricielle.

On pencherait, étant donné les commémoratifs, pour la rétraction fibreuse due à une myosite, consécutive elle-même à une lésion osseuse du maxillaire.

Je n'insisterai pas sur les inconvénients graves de cet état. Ils justifieraient toute tentative d'intervention, si une intervention est susceptible de donner un résultat dans un cas de ce genre.

Si ce diagnostic était justifié, et je demande à son sujet l'avis de la Société, faudrait-il ajouter aux dilatations mécaniques une intervention plus chirurgicale, telle que la myotomie à la façon de Dieulafoy (de Toulouse), ou la désinsertion musculaire que préconisait, en 1891, Le Dentu à la Société de Chirurgie, ou une intervention osseuse ?

Je viens donc soumettre le cas à la Société d'Anatomie, à savoir, s'il faut laisser cet homme user du traitement palliatif qu'il s'est créé spontanément en utilisant sa brèche dentaire ou bien si un traitement curatif peut être tenté dans un cas qui se présente dans des conditions pareilles.

M. Villar. — Le malade présenté par M. Liaras est fort intéressant, mais le traitement de son affection n'est pas des plus simples. Un point me frappe chez ce malade, c'est la conservation des contractions des masséters ; si on lui dit de serrer des dents, on sent les deux muscles précités se raidir. On peut donc en conclure qu'ils ne sont pas passés à l'état de rétraction fibreuse. Je serais donc d'avis d'endormir ce malade, d'essayer de dilater sa bouche, je veux dire d'écarter ses mâchoires. Peut-être sera-ce suffisant; dans tous les cas, on pourra se rendre un compte plus exact de l'état des parties (muscles et articulations).

J'ajoute que le malade porte à la face externe du maxillaire gauche, au-dessus de l'arcade alvéolaire, une tuméfaction très douloureuse. On agira, bien entendu, sur cette lésion qui doit entrer en ligne de compte dans la persistance de la constriction des mâchoires.

M. Coyne. — Avant d'opérer ce malade, il faudrait, pendant le sommeil chloroformique, tenter des mouvements méthodiques au moyen de l'ouvre-bouche à vis; il faudra, de plus, rechercher quelle est la réaction électrique de ses muscles.

(Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 16 *décembre* 1895.*)*

III. — Prothèse immédiate.

(Ostéome du maxillaire inférieur.)

M. Berger. — Voici une pièce rare : c'est un ostéome du maxillaire inférieur. Jusqu'ici très peu de cas de ce genre ont été signalés.

Dans le Bulletin de la Société de Chirurgie sont rapportés une observation de M. Leteneur (de Nantes), puis deux faits dont l'un a servi de sujet de clinique à Trélat et dont l'autre est dû à M. Jalaguier. Encore ces deux faits se rattachent-ils à des lésions différentes.

Dans les cas d'ostéome rapportés par la chirurgie anglaise, il s'agissait une fois d'un chondrôme ossifiant du maxillaire inférieur, une autre fois d'une hyperostose diffuse de la face. En Allemagne il existe à Halle un fait probant d'ostéome du maxillaire inférieur.

Donc, les faits d'ostéome du maxillaire inférieur sont extrêmement rares.

Le cas que je présente aujourd'hui est celui d'une jeune femme ayant eu auparavant des abcès dentaires. Elle portait une tumeur du maxillaire sur laquelle on avait fait une incision exploratrice par la bouche, mais sans résultats. Vint alors l'exploration de la dent de sagesse correspondant au côté de la tumeur. Cette dent, accusée d'être la cause de la tumeur, fut tout de suite enlevée, mais la tumeur resta. C'est alors que cette malade est entrée à la Pitié avec le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire.

Je me trouvai en présence d'une tumeur d'une dureté manifeste et étendue de la joue. Vers sa partie inférieure la tumeur avait une coloration rouge, les mâchoires s'écartaient à peine. Enfin deux orifices donnaient issue, du côté de la bouche, à du pus mal lié avec des points jaunâtres. J'ai incisé cet abcès : je pouvais penser à de l'actinomycose ; mais on n'a trouvé dans le pus que des microbes vulgaires.

J'ai donc porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme de la mâchoire. J'ai opéré et j'ai fait la résection de la branche montante du maxillaire inférieur. La tumeur ainsi enlevée était circonscrite, allant depuis la branche montante jusqu'à la deuxième molaire, elle portait l'implantation d'un certain nombre de dents.

A la coupe, le tissu osseux, spongieux, se présentait avec les mêmes caractères dans toute la tumeur. Elle a été examinée par mon chef de laboratoire, M. Bezançon. C'était un ostéome pur formé par du tissu osseux limité et séparé du reste de l'os par un tissu médullaire jeune.

Ces caractères anatomiques de circonscription de la tumeur sont bien spéciaux à l'ostéome. Dans quelques-uns des exemples qui ont été rapportés à l'ostéome, le tissu pathologique était plus ou moins diffus.

Au point de vue clinique, cet ostéome a présenté une marche particulière avec des poussées inflammatoires.

Ces caractères inflammatoires, peut-être occasionnés par les incisions antérieures de la gencive au niveau d'un os prédisposé à s'enflammer, ont été une cause d'erreur pour le diagnostic.

Or, le diagnostic avait ici de l'importance à cause du traitement. Il est évident que j'ai bien fait d'enlever la branche montante du maxillaire avec la partie postérieure du corps de l'os, puisque j'avais porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme. Mais il n'est pas moins évident que j'aurais pu faire un sacrifice moins grand d'os, si j'avais été sûr du diagnostic d'ostéome. Néanmoins les résultats ont été excellents. Il y a peu de déformation de la face, pas de déviation du maxillaire inférieur quand il s'abaisse. J'ai employé la prothèse immédiate sans en être satisfait. Je la crois utile dans les cas de résection partielle, mais non dans les cas de résection en totalité de la moitié du maxillaire.

M. Théophile Anger cite un cas semblable à celui de M. Berger, cas qu'il a opéré il y a vingt ans. Lui aussi avait porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme. En réalité, il s'agissait d'un petit ostéome oblong, long de 2 à 3 centimètres. S'il avait soupçonné cet ostéome, il aurait pu l'enlever par la trépanation sans faire le sacrifice d'os qu'il a fait.

Quant à la prothèse immédiate dans ce genre de résection, il n'en a jamais retiré que des résultats défavorables.

M. Delorme discute la valeur de la prothèse immédiate. Il cite trois exemples de prothèse dans deux desquels l'appareil a été bien supporté. Dans le troisième cas, au contraire, il y a eu des phénomènes inflammatoires consécutifs et il a fallu enlever l'appareil.

M. Terrier, avec Mollier, pense que la prothèse immédiate est utile parce qu'elle dirige le travail de réparation, mais c'est tout. Plus tard l'appareil n'est pas supporté à cause de la suppuration.

M. Delorme, comme M. Terrier, pense que l'appareil prothétique n'est pas supporté s'il y a suppuration, mais seulement s'il y a suppuration abondante.

(*Société de chirurgie*, 12 février.)

IV. — Mutilations dentaires chez les Alfours.

M. Van Baarda, missionnaire, a répondu au questionnaire anthropologique de la Société d'anthropologie de Paris en ce qui concerne l'île de Halma-Leira, l'une des Moluques, appartenant à la Hollande. Nous y relevons le trait suivant :

« 2. — On n'arrache pas de dents et on ne leur donne pas d'autre position que celle qu'elles ont, mais on pratique sur les incisives supérieures une incision horizontale, qu'on polit ensuite d'un noir luisant. »

(*Bullet. Soc. d'Anthrop.*)

V. — Variations dans la forme des dents suivant les races humaines.

Par M. le Dr Félix Regnault.

On connaît l'importance des dents pour la classification zoologique, et cependant la variabilité dans la forme des dents, suivant les races humaines, a été jusqu'à présent peu étudiée.

Une des plus remarquables est celle de l'incisive. Chez le nègre, les bords latéraux en sont divergents de la racine vers l'extrémité inférieure, de sorte que la dent a une forme conique, tandis que, chez le blanc, les bords latéraux tendent à devenir parallèles, et la forme en est plutôt rectangulaire.

J'ai mesuré, avec le concours de M. Azoulay, des dents d'un grand nombre de crânes du Muséum et de la Société d'anthropologie ; faisant la différence des largeurs du bord inférieur et du collet de la dent, nous avons vu que cette différence était en moyenne de $1^{mm},27$ chez l'Hindou, de $1^{mm},61$ chez l'Européen et s'élevait à 2 millimètres chez l'Australien, à $2^{mm},19$ chez le Néo-Calédonien, à $2^{mm},39$ chez les nègres. Ces races inférieures se rapprochent, à ce titre, du singe, chez lequel cette différence est de $3^{mm},04$.

On peut observer, à titre exceptionnel, chez le blanc, des dents qui se rapprochent de celles du nègre et réciproquement.

Le prognathisme dentaire permet le développement du bord inférieur de l'incisive chez le sauvage. Mais cette explication ne peut être donnée pour l'incisive de lait de l'enfant qui, même chez le blanc, offre, d'une façon constante, des caractères semblables. Le collet de cette incisive est très resserré et s'élargit tout à coup pour former la couronne. La différence est de $1^{mm},8$ entre la largeur du bord libre et celle du

collet, différence plus considérable que celle du blanc adulte, bien que la dent soit moins volumineuse. Cette forme de l'incisive de l'enfant nous paraît due à l'espace alvéolaire considérable que la mâchoire peut ici fournir aux dents.

Si nous examinons les canines humaines, nous voyons qu'elles s'élargissent également du collet à la couronne, et cette différence est plus grande chez les races inférieures (nègres, 2 millimètres, en moyenne ; Australiens, $1^{mm},9$; Néo-Hébridais, $2^{mm},2$) que chez les Européens, où elle n'est que de $1^{mm},5$.

A ce titre, les canines des races inférieures paraîtraient différer davantage de celle du singe que les canines du blanc. En réalité, il faut faire la comparaison à un autre point de vue. La canine du singe est en forme de poignard ; son maximum de largeur étant au collet, elle s'amincit pour se terminer en pointe. Chez l'homme, il existe aussi une pointe, mais elle ne constitue que l'extrémité inférieure de la couronne ; la partie supérieure qui s'élargit à partir du collet, lui est spéciale. Or, si nous comparons (chez des sujets où elle n'est pas usée, car, en ce cas, la canine offre un bord et non une pointe) l'acuité de cette pointe dans les différentes races, on voit qu'elle est, en général, d'autant plus forte que la race est plus inférieure. A ce titre, nous signalons la canine d'un Tasmanien du Muséum, où cette pointe est extrêmement aiguë. La comparaison devient encore plus intéressante si on la fait entre les canines de lait du singe et de l'homme.

Leur morphologie est presque semblable. Toutes deux ont un corps rudimentaire et une pointe qui constitue la presque totalité de la couronne.

Comme les autres dents, la couronne de la molaire est plus large, relativement à la racine, chez les races inférieures que chez les supérieures. Cette différence, qui n'est que de $1^{mm},8$ chez le blanc (16 blancs), s'élève à $2^{mm}6$ chez le nègre (18 nègres) pour la première molaire supérieure droite.

Chez le gorille (5 gorilles) cette différence, pour la même dent, n'est que $2^{mm},6$, mais il faut noter que la première molaire est chez lui moins forte que la seconde et la troisième, caractère inverse de celui de l'homme. Cette différence s'élève à $3^{mm},8$ sur la seconde molaire.

Chez les Néo-Calédoniens (nombre 21) la seconde molaire est quelquefois plus forte et souvent égale à la première, mais les molaires n'y sont que rarement en progression croissante. Or, si l'on prend les dimensions du collet et de la couronne, on voit que c'est surtout par la couronne que ces dents sont développées. Comparant les secondes molaires supérieures droites de Bengalis et de Néo-Calédoniens, on voit que le collet mesure $7^{mm},5$ chez le Bengali et $7^{mm},9$ chez le Néo-Calédonien, ce qui ne constitue qu'une légère différence de $0^{mm},4$ en faveur du dernier, tandis que le Calédonien a une couronne de $9^{mm},8$ de largeur, contre $8^{mm},6$ que possède celle du Bengali, ce qui fait $1^{mm},2$. Cet élargissement de la couronne de la seconde molaire constitue donc bien un caractère simien.

(*Soc. anatomique*, 8 oct. 1893.)

LIVRES ET REVUES.

Prothèse immédiate. Nouveau procédé de fixation des appareils, par le Dr L. Nux (Imp. Pochy, Paris).

L'auteur a eu l'occasion de placer plusieurs appareils de prothèse immédiate et fait part au public professionnel des modifications qu'il leur a apportées. Il supprime les canaux de drainage qui, dit-il, s'oblitèrent rapidement et par conséquent ne répondent pas à leur but. Sur le conseil de M. de Marion, il a remplacé les vis par des écrous, etc.

L'étude de M. Nux est donc entreprise pour préciser des points de pratique. Si l'on tient compte des difficultés inhérentes à la pose de ces appareils, des conditions multiples que nécessite le succès, on ne peut que féliciter M. Nux d'avoir publié les résultats de son expérience.

En agissant ainsi, il a rendu service à tous ceux qui voudront tenter la prothèse immédiate.

Lehrbuch der Conservirenden Zahnheilkunde (Dr Miller).

Vient de paraître chez Georg Thieme, éditeur à Leipzig, *Lehrbuch der conservirenden Zahnheilkunde* (Manuel du traitement conservateur des dents), par le Dr W. D. Miller, de Berlin.

L'ouvrage, qui compte 416 pages et 420 figures, est divisé en 5 parties, comprenant 8 chapitres, précédées d'une préface et d'une introduction. L'auteur y examine successivement le traitement des défauts des parties dures de la dent, en s'étendant longuement sur l'obturation, les matières qui y sont propres, etc., le traitement des troubles survenus dans les tissus mous en passant en revue les diverses maladies qui attaquent la pulpe (pulpite, périostite, etc.), le nettoyage et le blanchiment des dents, le traitement prophylactique des dents, enfin le traitement des dents de lait.

Prix : 15 marks.

CORRESPONDANCE.

M. Thibault, chirurgien-dentiste à Nancy, nous annonce qu'il prépare un travail sur les modèles prothétiques de cuivre obtenus par la galvanoplastie, qu'il se propose de présenter au Congrès de Nancy.

NOUVELLES.

La *Revue médicale*, dirigée par le Dr Archambaud, qui était bimensuelle, devient hebdomadaire et paraît le samedi matin ; elle publie

le lendemain de la séance le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux.

Le Dr Kingsley, de New-York, bien connu par ses importantes découvertes dans le traitement mécanique des fissures de la voûte palatine, passera les mois de juillet, d'août et de septembre de cette année à Dresde, chez le Dr Jenkins, Walpurgisstrasse 15, où il traitera les cas de fissure de la voûte palatine à laquelle sa méthode peut s'appliquer.

M. E. Denis, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé officier d'Académie.

Nous adressons nos sincères félicitations à notre distingué confrère.

Le mariage de notre confrère, M. le Dr Maurice Roy, dentiste des hôpitaux, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Marie Palade a été célébré le lundi 4 mai.

Toutes nos félicitations aux jeunes époux.

Une session d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste sera ouverte le 1er juin prochain à la Faculté de Médecine de Paris.

Nous recevons au dernier moment un article de M. le Dr Sauvez sur l'or de Trey, que les nécessités de notre mise en pages nous obligent à remettre au prochain numéro.

ERRATA

Une erreur typographique a fait dire à M. Quincerot, p. 101, numéro de février, séance de la Société d'Odontologie : « Quand c'est un nouveau *flacon*, on change les vases.... » Prière de lire : « Quand c'est un nouveau *patient*, etc. »

Page 102, au lieu de : « Quand il y a écoulement, elle est utile, » lire ; « *Mais elle en est un précieux auxiliaire.* »

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

A CÉDER à Paris, pour cause de santé, cabinet produisant annuellement de 32 à 33.000 francs encaissés, quartier de la Madeleine, 1er étage. Clientèle riche. Installation de premier ordre. Frais généraux compris : loyer, patente, domestique, fournitures 8000 francs. Prix : 45.000 francs dont 25.000 francs comptant. Long bail. On resterait à volonté avec l'acquéreur. S'adresser L. G., bureau du journal.

A CÉDER pour cause de santé, dans une grande ville de l'Est, cabinet dentaire, rapport justifié 25.000 fr. et plus, susceptible d'augmentation. Clientèle riche. Prix à débattre. Ecrire G. A. nº 11 au bureau du journal.

ON DEMANDE un associé apportant 5.000 fr. et acquérant de cette façon la moitié d'un cabinet dentaire ayant 20 ans d'existence dans la capitale de la Bretagne, 70.000 habitants. Loyer 1500. Chiffre d'affaires 20.000 fr.
S'adresser à M. le Dr Millard, à Rennes.

M. HÉLOT, 62, rue du Bac, à Paris, demande un opérateur diplômé de l'Etat.

UN ALLEMAND de 28 ans, de bonnes manières, pourvu des meilleurs certificats, servant depuis un an COMME CONCIERGE, VALET DE CHAMBRE ET AIDE chez un dentiste de la Suisse allemande, cherche une place analogue dans une grande ville de France. S'adresser au bureau du Journal.

UN DIPLOMÉ de la Faculté de Médecine de Paris, de l'École Dentaire de Paris, ancien opérateur aux Etats-Unis, parlant l'anglais et l'espagnol, ayant dirigé cabinet dentaire, désire place d'opérateur à Paris, province ou Algérie. Réponse 33 A, Secrétariat de l'Ecole Dentaire, 4, rue Turgot.

A CÉDER, pour cause de départ, un cabinet faisant 7.000 fr. Prix 6.000 fr., meubles du salon, du cabinet et de l'atelier compris. Moitié comptant, le reste dans deux ans. Ville de 40.000 habitants. Loyer 800 fr. au premier. S'adresser E. H. B., bureau du journal.

ON DEMANDE une place de mécanicien, 15 à 20 francs par semaine. S'adresser à M. V. Houbriet, 111, rue de la Folie-Méricourt.

A CÉDER, après décès, un cabinet faisant 20.000 francs. On laisserait le mobilier du cabinet. Loyer 2.800 fr. Prix 10.000 francs. S'adresser au bureau du journal, L. B.

A CÉDER, à Paris, cabinet dentaire fondé en 1862. Affaires 30.000 fr. Loyer 2.000 fr. S'adresser bureau du journal, R. P. S.

A CÉDER tout de suite, pour cause de santé, cabinet dentaire admirablement situé, faisant 12,000 fr. d'affaires par an. Prix 10,000 fr. dont 6,000 comptant. Loyer, 13,000 fr. — S'adresser à M. Duché, 18, avenue Bosquet.

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme veuve Belleville, 11, cité Trévise.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, Directeur. Dr ROY, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat**.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

COLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Président-Directeur.

G. Viau, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
E. Bonnard.
J. Choquet.
P. Dubois.
Francis Jean
Legret.
Loup.
Papot.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, Président-Directeur.
P. Poinsot, —

A. Aubeau. — P. Chrétien. — Debray. — Dugit père. — A. Dugit. — F. Gardenat. — Dr Kuhn. — E. Pillette. — A. Ronnet. — Wiesner.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Dr en médecine.
P. Poinsot, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF, MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Rollin, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Billet.
Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✵, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

16e ANNÉE MAI 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. No 5



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'EMPLOI DU PERMANGANATE DE CHAUX EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. D'ALMEN,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris,
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 3 mars 1896.)

I.

On emploie depuis quelques années en médecine, et plus particulièrement en chirurgie, le permanganate de potasse, qui rend de bons services comme désinfectant, antiputride, antiseptique, voire même comme caustique.

Dans la cavité buccale on l'utilise principalement à titre de désinfectant efficace pour combattre la fétidité de l'haleine.

On a mis encore à contribution sa propriété d'oxydant énergique pour déterminer le dosage des matières organiques dans les liquides, et c'est ce principe qui a suggéré à de nombreux auteurs l'idée de l'utiliser pour purifier les eaux destinées à l'alimentation ; mais ce procédé ne s'est pas généralisé, parce qu'il présentait des inconvénients graves, dont le moindre était la présence de la potasse dans les eaux traitées de la sorte.

Cependant ce procédé ne fut pas abandonné complètement, car MM. F. Bordas et Ch. Girard [1] furent conduits par leurs recherches touchant l'action de permanganates alcalins sur les matières organiques à s'occuper, d'une façon toute spéciale, du permanganate de chaux, dont les propriétés oxydantes sont en effet beaucoup plus énergiques que celles du permanganate de potasse et qui a, en outre, le grand avantage de ne pas introduire dans l'eau de l'alimentation de principes minéraux étrangers.

1. Académie des Sciences, 25 mars 1895.

MM. Bordas et Girard se servirent donc de permanganate de chaux pour purifier des eaux devant servir à l'alimentation, et ils constatèrent qu'après avoir subi l'action de ce sel, elles ne contenaient plus de matières organiques et se trouvaient en outre privées de tous microorganismes ; elles ne possédaient que de très faibles quantités de carbonate de chaux et des traces d'eau oxygénée, eau qui continue à assurer l'asepsie du liquide.

Après ces premiers résultats, MM. Bordas et Girard ne s'arrêtèrent pas et ils cherchèrent par de nombreuses expériences[1] à déterminer le pouvoir antiseptique du nouveau sel.

II. Propriétés physiques et chimiques du permanganate de chaux.

Avant d'aborder ces expériences, disons en quelques mots sous quel aspect se présente le permanganate de chaux et quelles sont ses propriétés chimiques et physiques.

Le permanganate de chaux est un sel cristallisé en très belles aiguilles violettes déliquescentes, qui se décompose très rapidement à froid au contact des matières organiques, en ogygène, en oxyde de manganèse et en chaux. Il possède un pouvoir oxydant très considérable, et son action sur les microorganismes est des plus puissantes, tout en étant d'une parfaite innocuité. C'est un sel non toxique et non caustique, donnant dans l'eau une solution à peu près semblable, comme couleur, odeur et saveur, à celle du permanganate de potasse.

III. Pouvoir antiseptique du permanganate de chaux.

Les expériences de MM. Bordas et Girard démontrèrent à leurs auteurs que le pouvoir antiseptique du permanganate de chaux est de beaucoup supérieur à celui du bichlorure de mercure et que cet agent présente en outre le très grand avantage, au point de vue des applications médicales et chirurgicales, de n'être ni toxique ni caustique.

Voici un aperçu de ces expériences : de l'eau contenue dans des ballons de la capacité d'un litre fut ensemencée avec du bacille coli commun, du bacille virgule de Koch, du bacille d'Eberth, du streptococcus de l'érysipèle, du pyogenes aureus, du bacille du charbon, du micrococcus prodigiosus, de la levûre de bière et des spores du pénicillium glaucum.

Des cultures de ces différents microorganismes furent faites sur plaques avant et après l'addition du permanganate de chaux.

Le coli commun est de tous le plus sensible à l'action du permanganate de chaux : 5 centimètres cubes de la solution titrée (2 grammes par litre) ou autrement dit 10 milligrammes de permanganate de chaux ont été suffisants pour stériliser le litre de culture. Son action est très rapide sur ce bacille, car il suffit d'une demi-minute pour obtenir la stérilisation du litre de culture qui contenait au préalable environ 80.000 colonies par centimètre cube.

---

1. Académie des Sciences, 25 juin 1895.

Puis, par ordre décroissant de sensibilité, on trouve le pyogenes aureus, le streptococcus de l'érysipèle, le bacille d'Eberth, le bacille du charbon, le bacille virgule de Koch, la levûre de bière, le micrococcus prodigiosus et les spores du pénicillium glaucum.

Pour ces deux derniers il a suffi de la même quantité de permanganate de chaux par litre, c'est-à-dire de 10 milligrammes, pour obtenir la stérilisation ; mais il a fallu, par contre, un contact plus prolongé (5 minutes).

On arrive à la même rapidité de destruction avec le prodigiosus et les spores du pénicillium glaucum, en augmentant la dose de permanganate de chaux ; pour cela il suffit d'ajouter 20 milligrammes de permanganate de chaux par litre pour obtenir immédiatement la destruction absolue des dits microorganismes.

Les ballons contenant les cultures ayant servi aux expériences furent conservés pendant plusieurs semaines au contact du permanganate de chaux et demeurèrent tous stériles.

A la suite de nombreuses expériences faites avec le permanganate de chaux et d'essais comparatifs faits avec différents antiseptiques et plus spécialement avec le permanganate de potasse, MM. Bordas et Girard ont été amenés à conclure que le permanganate de chaux est cent fois plus actif que le permanganate de potasse, tout en n'étant ni toxique ni caustique.

IV. Le permanganate de chaux comme antiseptique en chirurgie dentaire.

Frappé des avantages que pourrait présenter ce nouveau sel, tant par des propriétés antiseptiques aussi puissantes que par une innocuité absolue, j'ai pensé que nous pourrions trouver dans son emploi un auxiliaire très précieux pour combattre les différentes affections buccales que nous rencontrons chaque jour.

Employant ce nouvel agent thérapeutique depuis près d'un an, je puis vous faire connaître aujourd'hui le résultat de mes premières applications dans le traitement de diverses maladies de la bouche d'origine dentaire. Je ne puis vous relater en détail les cas assez nombreux où je me suis servi du permanganate de chaux, mais je puis vous indiquer en bloc les affections que j'ai traitées, en y ajoutant quelques considérations sur le traitement de chacune d'elles.

En voici la nomenclature :

2 cas d'abcès du sinus d'origine dentaire ;
10 — alvéolaires avec fistule gingivale ;
14 cas de gingivites tartriques et secondaires ;
3 — de fétidité de l'haleine d'origine buccale ;
2 — de pyorrhée alvéolaire d'origine diabétique ;
7 — d'accidents infectieux de dents de sagesse.

Dans les deux cas d'abcès du sinus j'ai obtenu une guérison complète qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Le premier de ces abcès existait depuis plus de trois ans et avait subi plusieurs ponctions à l'électrolyse, par un chirurgien distingué; malheureusement celui-ci n'avait oublié qu'un point, celui d'éclairer

sa lanterne, car il avait laissé en place la racine de la 1re petite molaire supérieure gauche qui avait été la cause dudit abcès.

Le second remontait à près d'un an et était occasionné par la 1re grosse molaire supérieure gauche.

Dans les deux cas, j'ai commencé naturellement par procéder à l'avulsion de l'organe incriminé et ensuite j'ai lavé les sinus avec une solution de permanganate de chaux à 3 0/0 au début, puis à 2 0/0 et enfin à 1 0/0 pour terminer le traitement.

Le premier de ces abcès devait être très rebelle au traitement par suite de la chronicité de l'affection ; néanmoins j'ai obtenu une guérison certaine en un mois et demi. La guérison du second a été obtenue en 18 jours.

D'ailleurs ces deux traitements d'abcès du sinus, ainsi que deux autres cas, feront l'objet d'une communication spéciale tant au point de vue de l'agent thérapeutique employé pour les lavages qu'au point de vue du procédé opératoire.

Dans les traitements d'abcès alvéolaires avec fistules gingivales, j'ai obtenu la cicatrisation de celles-ci dans tous les cas et dans un laps de temps très court relativement à l'acuité de chacun de ces abcès.

Comme pour les abcès du sinus, je fis des injections à 3 0/0 au début, puis à 2 0/0 et enfin à 1 0/0 dans le foyer même de l'abcès à travers l'orifice de la fistule gingivale, au moyen d'une seringue en verre avec canule fine en platine.

Inutile d'ajouter que j'ai traité dans chaque cas en particulier, la dent et son canal pulpaire, comme il convenait. Quant aux gingivites revêtant pour la plupart des formes plus ou moins hypertrophiques, fongueuses et phlegmoneuses même, elles ont cédé en quelques séances après des gargarismes journaliers au permanganate de chaux à 1 0/0 et des injections sous-gingivales à 3 0/0 au début, 2 0/0 et 1 0/0 pour terminer.

Il va sans dire que je n'ai pas supprimé le nettoyage minutieux des dents, non plus que l'application des révulsifs ordonnés en pareilles circonstance.

Quelques-unes de ces gingivites étaient d'origine secondaire, consécutives à la fièvre typhoïde ou à la rougeole ; une était d'origine mercurielle et accompagnée d'une suppuration alvéolaire qui a été tarie assez rapidement.

De même, trois d'entre elles occasionnaient une fétidité d'haleine excessive ; un gargarisme à 1 0/0, répété 2 ou 3 fois avant le traitement, a suffi pour faire disparaître immédiatement et complètement l'odeur insupportable qui se dégageait de la bouche.

Employé chez deux diabétiques en gargarismes fréquents dans la journée à 1 0/0 et en injections sous-gingivales et intra-alvéolaires à 3 0/0, le permanganate de chaux m'a donné des résultats des plus encourageants dans le traitement si rebelle et si long de la pyorrhée alvéolaire.

J'ai obtenu, dis-je, dans cette affection si tenace des résultats tels qu'on pourrait presque parler de guérison, vu l'état dans lequel se trouvaient les deux bouches.

Nous avions des gencives tuméfiées, une haleine chaude et fétide, plusieurs dents d'une mobilité extrême accompagnée d'une suppuration assez abondante, une mastication presque impossible par suite des douleurs qu'elle occasionnait. En somme état des plus graves, aggravé encore par un manque d'hygiène presque absolu.

Eh bien, sous l'empire d'un traitement général et après le traitement local qui a consisté en un nettoyage minutieux de chaque dent, de l'application de révulsifs sur les gencives, tels que pointes de feu, badigeonnages à la teinture d'iode et d'aconit, de lavages des clapiers purulents avec une solution de permanganate de chaux à 3 0/0 au moyen d'une seringue en verre et d'une aiguille en platine à injections hypodermiques, accompagné de fréquents gargarismes de permanganate de chaux à 1 0/0 dans la journée, j'ai obtenu, après un mois environ de ce traitement journalier, des gencives saines, une haleine normale, une consolidation parfaite des dents légèrement mobiles. Quant à celles dont la mobilité et la suppuration étaient extrêmes, je les ai trouvées consolidées d'une façon très visible et très suffisante pour supporter la mastication qui, entre parenthèse, n'était plus douloureuse ; la suppuration elle-même avait presque disparu. Il est permis de croire que, si ce traitement avait pu être prolongé encore, on aurait obtenu une guérison complète ; mais les deux malades, habitant la province, ont dû repartir et je n'ai pas eu encore l'occasion de les revoir.

Il me reste, pour terminer, à vous parler des accidents des dents de sagesse.

Cinq étaient des accidents muqueux d'origine infectieuse de dents de sagesse en évolution, accompagnés de suppuration alvéolaire et de constriction des mâchoires ; les deux autres étaient des accidents osseux causés par des caries du 4e degré qui avaient occasionné de l'ostéo-périostite avec suppuration alvéolaire et constriction des mâchoires.

Toutes ces dents appartenaient à la mâchoire inférieure.

Des gargarismes fréquents dans la journée avec une solution de permanganate de chaux à 1 0/0 et des injections sous-gingivales à 3 0/0 eurent raison, dans les sept cas d'accidents de dents de sagesse ci-dessus, de la suppuration alvéolaire et de la constriction des mâchoires en 2, 3 et 5 séances au plus, ce qui me donna la facilité de procéder ensuite à l'avulsion des dents de sagesse atteintes d'une carie du 4e degré et de celles en évolution dont je jugeai la conservation nuisible.

Conclusions.

Après les nombreuses et concluantes expériences de MM. Bordas et Girard et les très intéressantes applications du permanganate de chaux que je viens de vous présenter, j'ai la conviction que nous trouverons dans l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique une arme vigoureuse, d'un emploi facile et en même temps absolument inoffensive, pour lutter avec efficacité contre les microorganismes, nos ennemis, dans les affections de la cavité buccale.

Avant de terminer il est un point sur lequel je veux attirer votre attention, c'est celui de l'antisepsie proprement dite du champ opératoire avant et après l'opération.

Là encore le permanganate de chaux m'a toujours été des plus précieux.

Employé en gargarismes à 2 0[0 avant et après l'avulsion d'une dent, il nous mettra à l'abri des accidents infectieux qui peuvent surgir chez un individu prédisposé après une opération sanglante faite dans la bouche.

On pourra même, au besoin, laver la partie de la muqueuse sur laquelle portera le traumatisme opératoire avec un coton imbibé d'une solution de permanganate de chaux à 5 0[0.

APPAREIL DE REDRESSEMENT A LEVIER

Par M. Loup,

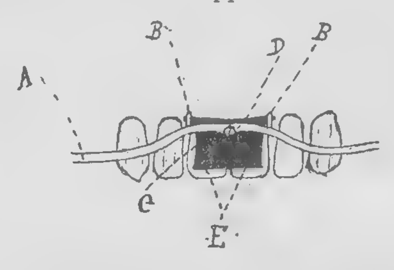
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

L'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter est destiné au redressement des deux incisives centrales supérieures qui présentent une anomalie de direction par antéversion très prononcée.

Cet appareil est composé d'une plaque-base en caoutchouc et d'une bande 1/2 jonc en or formant cercle sur toutes les dents comme on fait d'ordinaire. Seulement à cette bande se trouve une sorte de levier destiné à repousser en dedans et en même temps les deux incisives. Ce levier est mû par une vis et agit avec une grande force, ce qui m'a permis d'obtenir le résultat désiré dans l'espace de trois semaines.

Le schéma que j'ai fait représente parfaitement bien le dispositif de l'appareil et simplifie les explications toujours difficiles à donner. Je n'ai dessiné que les six dents de bouche, puisque ce n'est que là qu'existe la différence de mon appareil.



A bande demi-jonc passant sur les dents, légèrement recourbée, car au milieu elle est destinée à avoir deux petits prolongements B, percés d'un trou dans lesquels entreront les prolongements de la plaque levier C pour former charnière ; D vis qui devra mouvoir le levier.

La plaque-levier est courbée de telle sorte que, le redressement obtenu, la courbure est exactement la courbe de l'arcade dentaire.

1/4 de tour de la vis D produit un déplacement considérable à l'extrémité E de la plaque-levier.

BOURREUR UNIVERSEL

Par M. DEBRAY.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

L'appareil que je vous présente est destiné à faciliter le bourrage des pièces; il offre l'avantage, « se fixant à la cheville de l'établi », de laisser les deux mains absolument libres et de maintenir le moufle en place.

Le mécanisme permet de lever, d'abaisser et tourner le moufle, ce qui rend le bourrage beaucoup plus facile.

Une lampe à gaz indépendante, de petite dimension, à chauffage rapide et continu, se glissant sous l'appareil, sert à chauffer le moufle et le maintient toujours à la même température ; ce dernier étant très chaud, la lampe est retirée ; munie d'un support, elle est destinée à chauffer le dessus du moufle.

Cette lampe sert en outre à divers usages :

1° Comme réchaud pour chauffer et souder les pièces en métal, en laissant la lampe dessous et projetant la flamme sur le dessus (la flamme du dessous remplaçant le charbon).

2° Comme bec de Bunsen pour le travail d'atelier.

Cet appareil se fait en bronze, en fonte malléable et en fonte mécanique.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Séance du 7 janvier 1896.

Présidence de M. HIVERT, secrétaire général.

La séance est ouverte à 8 heures 3/4.

M. Heller présente un tour électrique composé d'un socle muni d'une tablette qui supporte elle-même un moteur électrique mettant en mouvement un câble dentaire. Ce moteur est mû au moyen d'une batterie de 5 accumulateurs pouvant fournir 15 jours de travail, de 3 couples de bornes permettant l'usage facultatif du galvano-cautère, d'une poire à air chaud et d'une lampe électrique exploratrice. Un rhéostat, également placé sur cette tablette, permet au

moteur d'aller à la vitesse voulue et aux autres appareils de donner l'intensité désirée.

M. Damain constate qu'il manque une soufflerie à l'appareil ; il estime que ce dernier devrait de préférence s'adapter au mur comme les tablettes ordinaires.

La séance est levée à 10 heures 1/4.

Séance du 21 *janvier* 1896.

Présidence de M. DUCOURNAU.

La séance est ouverte à 8 h. 30.

M. Insall donne lecture d'une lettre qu'il a reçue concernant un projet de fondation à Paris d'une fabrique de dents artificielles.

Une commission est nommée pour étudier la question.

Les membres présents se constituent en comité électoral préparatoire et procèdent à divers scrutins pour choisir les membres sortants qui doivent faire partie de la Chambre syndicale et ceux qui doivent constituer le bureau de la Société.

Assemblée générale du 11 *février* 1896

Présidence de M. DUCOURNAU.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le secrétaire général donne lecture de son rapport. Il est procédé à l'élection de 5 membres de la Chambre syndicale, puis à celle des membres du bureau. M. le Dr Queudot est nommé président, M. Anjubault, vice-président, M. Frison, secrétaire général, M. Fichet, secrétaire annuel, M. Insall, secrétaire étranger.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

Séance du lundi 19 *octobre* 1895.

Présidence de M. MAGITOT, président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Jarre présente les

MOULAGES DE LA BOUCHE D'UNE JEUNE FILLE DE 10 ANS, ATTEINTE DE PROGNATHISME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Les dents régulièrement rangées sur les procès alvéolaires sont au nombre de 12 pour chaque mâchoire ; six appartiennent à la dentition temporaire, les canines et les molaires de lait, les six autres, les incisives et les premières grosses molaires, sont des dents définitives.

Les rapports des dents antagonistes des deux mâchoires sont normaux sur les côtés au niveau des molaires et de la canine, anormaux en avant au niveau des incisives. Les dents antéro-supérieures, au lieu de recouvrir exactement en passant au-devant d'elles la face antérieure

de leurs correspondantes inférieures, sont situées à une distance de plus d'un centimètre en avant de ces dernières.

La courbe formée par l'arcade alvéolaire inférieure est régulière et normale, tandis que celle que décrit l'arcade supérieure présente au niveau de la région des canines un aplatissement latéral qui projette en avant la région des incisives.

L'anomalie consiste donc en une projection très accusée des os intermaxillaires en avant du reste de l'arcade alvéolaire.

M. Jarre. — Dans ces conditions, le traitement ordinaire par les appareils orthodontiques, dont la durée est toujours considérable et les résultats fort incertains, ne pourrait-il pas être avantageusement remplacé par une opération chirurgicale consistant soit dans la résection totale de la partie prognathe, soit dans une résection partielle suivie de la greffe des incisives dans des alvéoles creusés en arrière de ceux qui existent actuellement?

DISCUSSION.

M. Rodier n'accepte pas les interventions chirurgicales proposées par M. Jarre. Il pense qu'un traitement orthopédique bien dirigé suffit à amener une guérison complète de l'anomalie.

M. Saussine croit que le redressement peut être obtenu en deux ou trois ans par des procédés prothétiques et sans rien arracher. Il a traité avec succès plusieurs cas semblables à l'aide d'un appareil imaginé par Lefoulon et composé, comme pièce principale, d'un ressort extenseur qui, prenant son point d'appui sur les grosses molaires de chaque côté, écarte l'une de l'autre les arcades alvéolaires. (Cet écart obtenu peut atteindre trois centimètres.) On arrive ainsi à transformer la courbe ogivale de l'arcade dentaire en une courbe régulièrement arrondie, moins convexe, sur laquelle les dents sont implantées de façon normale. Une fois l'écartement des arcades alvéolaires produit, pour rendre aux dents leur direction verticale il faut les tirer en arrière, en agissant avec une très grande lenteur. Si l'on se presse trop, tandis que la couronne se porte en arrière, l'extrémité de la racine bascule en avant, presse d'une manière exagérée sur la table antérieure du maxillaire, détermine en ce point de l'ostéite raréfiante et, finalement, fait saillie au-dessous de la gencive, qu'elle perfore parfois.

M. Magitot. — L'anomalie est non pas dentaire, mais faciale. En effet, le volume des dents est normal en haut et en bas, le maxillaire inférieur est bien développé ; seul, le maxillaire supérieur présente une forme anormale, une projection en avant. La jeune fille qui fait l'objet de cette communication, reproduit, poussée à l'extrême, une disposition héréditaire que l'on retrouve chez plusieurs de ses ascendants.

M. Hugenschmidt fait une communication

SUR UNE PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE INFÉRIEURE PERMANENTE REMPLACÉE A 17 ANS PAR DEUX BICUSPIDÉES SUPPLÉMENTAIRES

En juillet 1885 un jeune homme de 17 ans nous est envoyé pour une

fistule venant s'ouvrir au niveau du sommet de la racine antérieure d'une première grosse molaire droite inférieure, fistule donnant passage à une grande quantité de pus.

Toutes les dents permanentes, sauf les dents de sagesse, sont présentes ; il existe donc des deux côtés deux incisives, une canine, deux prémolaires et deux molaires.

La couronne de la première molaire inférieure droite porte une carie pénétrante qui a détruit la paroi postérieure tout entière et les deux tiers de la surface triturante de cet organe.

La partie cariée de cette dent avait déjà été enlevée par un de nos confrères de l'étranger, qui avait traité cette dent et avait soumis ses racines à une désinfection par le procédé classique à la créosote, pendant un an, avec amélioration temporaire.

La fistule donnant beaucoup de pus, le jeune homme était à bout de patience et demandait une extraction, malgré l'avis de son spécialiste ordinaire, qui tenait à ce que cette dent fût gardée dans la bouche, avec juste raison, par crainte d'un changement trop accentué dans l'articulation ultérieure des dents.

En examinant attentivement cette dent, à laquelle il ne restait que les deux cuspides antéro-externe et interne, et dont les deux racines antérieure et postérieure avaient la lumière de leur canal respectif ouverte, ce qui permettait à la sonde de sortir facilement par l'extrémité radiculaire, je fus frappé, en passant très délicatement une sonde plus rigide au delà du foramen, de rencontrer un corps dur et lisse rappelant très nettement la sensation de l'émail. Je me décidai à agrandir la fistule extérieure et rencontrai de nouveau une surface lisse ; il n'y avait donc plus à hésiter, je me trouvais en présence d'un corps étranger à la région et qui était cause, sans aucun doute, de cette suppuration persistante. Je recommandai l'extraction comme absolument nécessaire ; elle fut immédiatement acceptée par le patient. La dent fut enlevée en morceaux et j'arrivai alors directement sur une petite dent qui paraissait être rattachée à un autre petit îlot d'émail. Quinze jours plus tard on reconnaissait très nettement que ces deux îlots d'émail étaient deux bicuspidées supplémentaires, sans aucun doute, ce qui portait à quatre le nombre des petites molaires sur le côté droit. La troisième petite molaire a sa face interne tournée vers l'extérieur, tandis que la quatrième petite molaire a sa face tournée en avant.

DISCUSSION.

M. Beltrami. — Les dents que M. Hugenschmidt a pu voir évoluer d'une façon si inattendue, présentent-elles entre elles la même différenciation que celle que l'on observe entre la première prémolaire et la seconde ?

M. Hugenschmidt n'a pas remarqué s'il était possible de reconnaître à l'examen de ces deux dents si l'on avait affaire à une première prémolaire et à une deuxième. Elles ont poussé l'une après l'autre, la dent la plus antérieure ayant fait la première son apparition.

La séance est levée à 10 heures.

Séance du lundi 17 *novembre* 1895.

Présidence de M. Magitot, président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Hugenschmidt fait une communication intitulée

Nouveaux faits de dents vivantes, origine de fistules alvéolo-dentaires par pulpite locale ou destruction partielle de la pulpe.

Dans une communication faite à la Société en 1891 j'ai appelé votre attention sur ce fait que l'abcès alvéolaire dentaire chronique, d'origine pulpaire, qui se manifeste par une fistule alvéolaire, n'était pas nécessairement dû à une dent à pulpe mortifiée ; mais que cette manifestation pouvait avoir pour origine une pulpe vivante, siège d'une pulpite chronique locale suppurée.

Toutes les causes qui peuvent amener une mortification de la pulpe, peuvent développer une lésion qui, si les dispositions anatomiques le permettent, peut rester locale et ne pas causer la destruction totale de l'organe pulpaire.

Cette disposition anatomique nous a paru être un foramen radiculaire très large ou suffisamment large pour éviter, lors d'une poussée inflammatoire locale de la pulpe, l'étranglement du paquet vasculo-nerveux à son entrée dans la dent, évitant ainsi une gangrène totale de cet organe.

Une autre variété, beaucoup plus fréquente, d'abcès alvéolaire ayant pour origine une dent vivante, se rencontre dans les dents bi-radiculaires et multi-radiculaires. Un des filaments pulpaires d'une racine de grosse molaire, par exemple, peut être détruit, gangréné, et cependant l'autre ou les deux autres filaments pulpaires peuvent encore répondre aux réactions physiologiques normales.

Chez l'enfant cette lésion est aussi très fréquente. Souvent on tombe sur une pulpe vivante, lorsque sur la gencive, en un point correspondant au sommet radiculaire d'une des racines, se trouve un abcès alvéolaire de la dimension d'un gros pois, d'une noisette même. Abcès et lésion disparaissent avec l'extirpation de la pulpe.

La fréquence de cette lésion, chez l'enfant, est due aux grandes dimensions du foramen radiculaire des dents temporaires, dimensions qui augmentent en raison directe de l'approche de la période normale de la chute de la dent ; chez l'enfant une pulpite est donc beaucoup moins apte à amener un étranglement de la pulpe et une gangrène consécutive que chez l'adulte, où le foramen dans la grande majorité des cas est très restreint.

La pulpite chronique locale suppurée dans les dents uniradiculaires ne manifeste pas sa présence par les symptômes tumultueux qui accompagnent la pulpite totale.

Le patient se plaint surtout de sa dent, à cause d'un petit agacement, d'une gêne qui rend la dent un peu sensible et empêche la mastication — le froid et le chaud causent de la douleur, — mais bientôt tout rentre dans le calme, pour reparaître, quelques jours ou

quelques semaines après, avec le même tableau clinique. Une fistule dentaire plus ou moins persistante ou une petite tumeur à l'extrémité d'une des racines, sans communication avec l'extérieur, accompagnent ces symptômes. La dent, siège de la lésion, est toujours un peu plus sombre que ses voisines. Dans les dents à plusieurs racines, s'il y a une petite poussée de périostite, la pression forte dans la direction de la racine suspecte produit une douleur très prononcée, tandis que la même pression, dans la direction des autres racines de cette même dent, cause à peine une légère sensibilité.

Le praticien qui a devant lui une fistule dentaire située près d'une dent un peu sombre, songe tout de suite à la présence d'une pulpe détruite et n'a qu'une idée, celle de lancer son tour à grande vitesse, pour arriver à la cavité centrale pulpaire le plus tôt possible ; mais dès que la couche d'émail est traversée, il est surpris de rencontrer une dentine hypersensible. L'opérateur est alors hésitant ; mais après avoir exclu, s'il n'existe pas de traces dans la bouche de périodontite expulsive, la fistule dentaire qui fréquemment a cette origine, il peut être convaincu qu'il se trouve en présence d'une fistule dentaire d'origine pulpaire, provenant, soit d'une lésion locale de la pulpe, soit de la destruction d'un des filaments radiculaires d'une petite ou d'une grosse molaire.

Dans les cas de gangrène partielle de la pulpe des dents multiradiculaires, suite d'infection aiguë, les symptômes de la périostite alvéolo-dentaire consécutive sont semblables à ceux ayant pour origine une gangrène totale.

(L'auteur cite à l'appui quelques observations qu'il a prises dans ces dernières années.)

La séance est levée à 10 heures.

Séance du 21 décembre 1895.

Présidence de M. Gaillard, vice-président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Pietkiewicz présente le Galvano-injecteur Heller.

Ce galvano-injecteur est muni d'une chambre à air dont les parois en s'échauffant contribuent à l'échauffement du courant d'air ; il est revêtu d'un protecteur suffisant, comme l'injecteur de Francis Jean, et offre à ce point de vue toute garantie pour l'opérateur et l'opéré ; mais, en plus, ce protecteur est percé d'une petite fenêtre correspondant exactement à une autre petite fenêtre de mica de la chambre métallique, ce qui permet de voir si l'appareil fonctionne, sans être obligé de retirer l'enveloppe d'ébonite. L'instrument, d'une grande stabilité, est d'une manipulation très facile : il suffit de presser un petit bouton placé sous le doigt pour l'allumer sans que le malade en ait conscience et puisse en être effrayé. La chaleur développée est très suffisante pour tous les cas et peut être variée à volonté : il suffit pour cela d'approcher plus ou moins l'extrémité de l'instrument de la cavité que l'on veut dessécher et

l'on peut aussi selon son désir injecter de l'air tiède ou brûlant en passant par tous les degrés intermédiaires. Le courant d'air est fourni soit par une poire à main que l'on peut manier soi-même de la même main, ou confier à un aide ou au malade, soit par une poire en caoutchouc ou une soufflerie que l'on peut actionner avec le pied, conservant ainsi la liberté de ses deux mains. Il est facile aussi d'avoir pour cela de l'air comprimé emprunté à une cloche installée chez soi ou à une concession publique. Il est encore possible d'utiliser un petit ventilateur mû par un accumulateur, et dans tous les cas, à l'aide d'un dispositif spécial, de donner passage au courant d'air et d'établir le contact en même temps.

Le grand avantage de ce nouvel instrument consiste dans la facilité de pouvoir le laisser et le reprendre, de le rallumer sans retirer le protecteur, de l'avoir sous la main toujours prêt à fonctionner et aussi longtemps que l'on voudra.

Son emploi ne demande pas le concours d'un aide ; la même source d'électricité qui sert pour les cautères, les petites lampes d'éclairage, ou le moteur électrique du tour à fraiser, peut être aussi utilisée pour son usage.

M. *Guérard* (de Tours) fait une communication sur un

Abcès fistuleux d'origine dentaire simulant une dacryocystite

Le 8 novembre 1892, Mme C..., 22 ans, vient réclamer nos soins pour un abcès situé immédiatement au-dessous du grand angle de l'œil droit. Cet abcès est du volume d'une fève dont le grand diamètre s'étend de haut en bas et présente un aspect rouge lie de vin. Par plusieurs petites parties situées à sa surface s'écoule un liquide assez abondant, puisque la malade est obligée, plusieurs fois par jour, de presser sur la tumeur pour le faire sortir ; il a l'aspect muco-purulent. Un fin stylet (sonde de Bowman) introduit dans l'une des parties permet de sentir un os dénudé et rugueux. Si on le dirige verticalement de haut en bas, on s'aperçoit que sa direction correspond assez exactement à la pointe de la racine de la petite incisive du côté correspondant. La paupière inférieure, surtout dans son tiers interne, est très tuméfiée. Le sillon qui correspond au nez et à la joue est effacé par la tuméfaction jusqu'au voisinage de l'aile du nez ; du côté du globe oculaire, pas de conjonctivite ni de larmoiement. Les voies lacrymales sont restées perméables ; pas de sécheresse de la narine droite.

La malade a eu il y a environ trois semaines une fluxion accompagnée de fièvre, à la suite de laquelle un abcès est venu s'ouvrir dans le sillon gingivo-labial au-dessus de la seconde incisive droite supérieure.

Cinq jours après, alors que toute fluxion avait disparu, ainsi que l'écoulement du pus par la bouche, la malade ressentit une douleur lancinante au siège actuel de la tumeur ; peu de temps après celle-ci apparut.

La peau s'amincit et les petites ouvertures fistuleuses s'établirent.

Jusqu'à ce jour la malade se contenta, sur l'avis d'un confrère, d'applications de compresses chaudes d'eau boriquée.

L'examen de la bouche nous donne le résultat suivant : dents généralement mauvaises, mais, du côté droit supérieur, grande incisive et canine bonnes.

La petite incisive seule est cariée, mais au deuxième degré seule-

ment, c'est-à-dire sans communication avec la chambre pulpaire. Cependant elle a l'aspect noirâtre ardoisé des dents infectées. La dentine est absolument insensible au contact des instruments et la dent est elle-même insensible à la percussion. La gencive au voisinage de la dent est indemne dans sa coloration, sa consistance et son volume. Le doigt, porté très haut dans le sillon gingivo-labial, au-dessus de la dent malade, sent une légère résistance.

Diagnostic. — En l'absence de troubles oculaires proprement dits, tels que conjonctivite, larmoiement, imperméabilité des voies lacrymales et sécheresse de la muqueuse nasale, nous rejetons l'idée d'une inflammation avec suppuration du sac lacrymal ; mais, d'un autre côté, l'état infectieux de la dent, la fluxion antérieure, l'abcès consécutif, mais guéri depuis, la direction du trajet reconnu à l'aide du stylet, nous font porter le diagnostic de fistule d'origine dentaire consécutive à une pulpite infectieuse.

Traitement. — N'espérant pas, par une simple trépanation de la dent, donner une issue assez complète au pus, nous décidons la malade à faire le sacrifice de sa dent.

L'extraction faite, un stylet introduit dans l'alvéole pénètre en ligne droite de bas en haut dans la tumeur fistuleuse.

Le 19 novembre, sans autre traitement que des injections de liquide antiseptique poussées dans l'alvéole, la guérison est complète ; la peau est encore un peu rouge, mais recollée aux tissus sous-jacents.

L'intéressant de cette observation est :

1° Le siège de la collection purulente située bien au-dessus de la dent qui lui a donné naissance, ce qui s'explique par le trajet osseux que le pus a dû traverser avant d'atteindre les parties molles ;

2° Le siège même de l'abcès, qui tout d'abord pouvait faire penser à une dacryocystite ;

3° Le mode d'infection de la dent, se faisant très vraisemblablement par les canalicules dentinaires.

M. *Ferrier* lit une

Note sur un bain antiseptique non oxydant pour les instruments

L'antisepsie de nos instruments, qui a toujours été une des nécessités premières de notre spécialité, s'impose de plus en plus.

La stérilisation par l'ébullition serait certainement le procédé de choix, mais, pour en retirer la plus grande somme d'avantages possible, il faut un dispositif spécial que ne comporte pas toujours l'emplacement dont on dispose. C'est par ces dernières considérations que je fus amené à l'idée d'un bain antiseptique non oxydant.

Je cherchai d'abord à utiliser les propriétés antioxydantes bien connues du carbonate de soude ; pendant quelques jours nos instruments se comportèrent bien, mais au bout d'une huitaine, l'oxydation commença ; je donnais à ce moment mes soins à un chimiste qui me conseilla de mettre dans le bain les instruments en contact avec une lame de zinc, de façon à former un élément de pile et à diriger l'oxygène dissous dans l'eau sur le métal le plus attaquable, le zinc. Je disposai donc au fond d'une cuvette à virage photographique une lame de zinc sur laquelle j'étalai mon instrument, que j'immergeai dans un bain phéniqué à 2 pour cent ; j'ajoutai 2 pour

cent de carbonate de soude, destiné à former un phénate de soude dont l'odeur n'est pas aussi prononcée que celle de l'acide phénique, et j'eus le plaisir de constater que l'oxydation ne se produisait plus; mes instruments immergés depuis plus de trois mois, ne présentent pas la moindre trace de rouille.

Il est indispensable, pour que le bain ait toute son efficacité au point de vue de la non-oxydation, que les plaques de zinc soient soigneusement décapées chaque fois, sans quoi l'oxyde de zinc qui se produit au point de contact des instruments et des plaques, formerait une couche isolante qui, en détruisant l'élément de pile formé par les deux métaux, laisserait l'oxygène se porter sur l'acier.

On pourrait objecter qu'il n'est pas nécessaire de faire baigner l'instrument tout entier, et que l'antisepsie serait suffisamment assurée par l'immersion des pointes seulement, dans un verre par exemple. Ce n'est point mon avis, et je considère que si l'instrument qui a servi à curetter une dent est septique par sa pointe, il ne l'est souvent pas moins par les parties de son manche qui ont touché les lèvres, les joues, la langue; la partie même tenue dans la main n'est pas plus pure que le reste au bout d'un instant. Pour travailler, en effet, dans la bouche avec sécurité, il est indispensable que la main qui opère prenne un point d'appui sur un point quelconque des arcades dentaires, cette main est touchée par les lèvres et les joues, l'instrument est posé, repris, un autre lui succède pour bientôt faire place au premier, etc., de sorte qu'au bout de quelques minutes, les manches de tous les instruments dont on se sert pour une seule personne, cultiveraient aussi bien les bouillons que les pointes elles-mêmes.

Le manche doit donc être stérilisé comme le reste.

Une raison d'un autre ordre milite en faveur de la disposition que j'ai adoptée contre celle dont je viens de parler; dans cette dernière la recherche de l'instrument demanderait fort longtemps, tandis que dans la cuvette, les instruments étant étalés les uns à côté des autres, la pointe au-dessus d'une bande de blanc de la cuvette se détache nettement et permet de saisir sans hésitation l'instrument dont on a besoin, comme on pourrait le faire sur une toilette ordinaire.

Avant de rentrer dans le bain du cabinet, les instruments sont nettoyés et les pointes passées dans une solution de sublimé, de sorte que je crois avoir une antisepsie aussi complète qu'il est possible.

La séance est levée à 10 h. et demie.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie*.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

DEUXIÈME LISTE

MM.	Ducournau	Paris................	100 fr.
	Durst A.	—	100 »
	Durst M.	—	100 »
	Debray fils	St-Germain...........	20 »
	Prest Ed.	Paris................	100 »
	Kuhn	—	100 »
	Poinsot	—	100 »
Mme	Heymen-Billard	—	25 »
MM.	Torre Em.	Bordeaux.............	200 »
	Robinson	—	100 »
	Peau	—	20 »
	Dr Dutour	—	20 »
	Diparraguerre	—	20 »
	Dumora	—	20 »
	Alker	—	20 »
	Gautier F.	—	20 »
	Lacouture	—	20 »
	Seigle	—	20 »
	Majesté et Bouchardeau,	Châteauroux..........	20 »
	Fanguet	Paris................	20 »
	Doron	Clamart..............	20 »
	Dr Mora	Paris................	20 »
	Dr Chrétien	—	100 »
	Schwartz E.	Nîmes................	50 »
	Carrel	—	20 »
	Repellin	—	25 »
	De Silva	—	20 »
	Connort	Paris................	20 »
	Loriot	—	1 »
	Ash J. R. S.	—	2 »
	Papazian	—	5 »
	Huron	—	1 »
	Hachet	—	5 »
	Aubert	—	1 »
	Sauvigny	—	5 »
Mlle	Ronnet Lucie	—	5 »
MM.	Kintgen	—	5 »
	Jouanin	—	5 »
	Baudelot	—	5 »
	Ronnet Alfred	—	20 »
	Total de la 2e liste	....	1.480 »
	Total de la 1re liste	....	13.125 »
	Total	....	14.605 »

En publiant cette nouvelle liste de souscriptions, nous tenons à exprimer nos remerciements à tous ceux, confrères ou non, qui ont bien voulu nous faire parvenir un don. Nous serons heureux

de recevoir toutes les offrandes qui nous seront faites, si minimes soient-elles, afin de permettre de se manifester à toutes les sympathies qu'avait su conquérir Paul Dubois, et à toutes celles qu'a éveillées sa fin tragique. C'est, en effet, le seul moyen de donner un éclatant exemple de solidarité professionnelle et de reconnaître l'œuvre d'assistance et de prévoyance corporative à laquelle il s'était attaché dans ces derniers temps.

Pour le Comité : *le Trésorier*,
G. VIAU.

A l'occasion de la mort de notre regretté directeur, Paul Dubois, nous avons reçu un grand nombre de témoignages de sympathie de la part de nos confrères français et étrangers.

Nous les prions d'agréer tous nos remercîments et l'expression de notre vive reconnaissance pour avoir bien voulu consacrer au défunt soit d'élogieux articles nécrologiques, soit des biographies détaillées, soit des appréciations flatteuses.

Nous remercions en particulier *Le Monde Dentaire*, qui a retracé pas à pas toute la carrière de P. Dubois, la *Revue odontologique*, *le Bulletin de la Polyclinique de l'hôpital international*, qui signale aux membres du corps médical le mouvement de solidarité professionnelle auquel a donné lieu cette mort en provoquant spontanément une souscription au profit de la veuve et des enfants, *le Progrès dentaire*, *la Revue illustrée de polytechnique médicale*, *The Dental Record*, *The British Journal of Dental science*, *The Journal of the British dental Association*, la *Zahnärztliche Rundschau*, etc.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.

(Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.)

Séance du 10 *février* 1896.

Présidence de M. BONNARD, vice-président.

Présents : MM. Bonnard, Bruel, Stévenin, Dubrac, Rollin, Bertaux, de Marion, Jacowski et Hervochon. — Excusé : M. Ronnet. — Sans excuse : M. Chauvin.

Le Conseil prend connaissance d'une lettre par laquelle M. Quénot donne sa démission de président et de membre du Syndicat.

Cette démission est acceptée à l'unanimité, sans débats.

On procède à l'élection d'un président. M. Bonnard et M. Bruel déclinent toute candidature. M. de Marion est élu président pour le temps qui reste à courir jusqu'à l'assemblée générale statutaire de décembre.

Proposition de modifications aux statuts et de rédaction d'un règlement intérieur.

Séance du 11 *mars* 1896.

Présidence de M. DE MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bonnard, Bruel, Stévenin, Dubrac, Rollin, Hervochon, Ronnet, Jacowski. — Excusé : M. Bertaux. — Sans excuse : M. Chauvin.

La candidature de M. Vedrenne, mise aux voix, est acceptée.

La candidature de M. Blanchard, 22, rue St-André-des-Arts, à Paris, est mise à l'ordre du jour de la séance d'avril. Parrains : MM. Hervochon et Dubrac.

Sur la demande d'un membre d'Alger, de nouvelles démarches seront faites pour obtenir l'application de l'article 35 de la loi de 1892.

La correspondance contient une plainte d'un client contre son dentiste qui, paraît-il, n'aurait pas le droit d'exercer. On décide de répondre au plaignant que le syndicat n'a pas à intervenir, mais de faire néanmoins une enquête et de poursuivre s'il y a lieu.

Réception d'un don anonyme destiné à aider le syndicat dans ses poursuites contre les usurpateurs du titre de chirurgien-dentiste.

Affaires judiciaires. — Une nouvelle plainte est formée contre M. H. B..., usurpation de titre.

Une plainte est porté contre M. B..., coiffeur et dentiste à St Germain, exercice illégal ; contre M. L..., dentiste américain, usurpation du titre de docteur.

D'une façon générale on signale au Parquet de Reims les infractions à la loi de 1892 commises dans son ressort.

Une démarche sera faite pour obtenir la nomination de chirurgiens-dentistes comme dentistes inspecteurs des écoles.

Sur le rapport de la commission de l'armée, le Conseil considère que pour le moment des démarches en vue d'obtenir pour les chirurgiens-dentistes la remise de deux années de service militaire auraient peu de chance d'aboutir et qu'il est préférable de s'abstenir ; il décide qu'une audience sera demandée à M. le Ministre de la guerre et qu'on lui remettra une pétition demandant que les chirurgiens-dentistes appelés à faire leur service militaire, soient classés comme infirmiers et employés dans leur spécialité.

Séance du 27 *mars* 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Bonnard, Bruel, Stévenin, Rollin, Jacowski, Ronnet. — Excusés : MM. Hervochon, Dubrac, Bertaux. — Sans excuse : M. Chauvin.

La candidature de M. Blanchard est mise aux voix et acceptée.

Vu l'absence de Me Roger, le Conseil décide qu'il y a lieu de se pourvoir d'un second conseil judiciaire destiné à le suppléer dans des circonstances analogues.

Le Conseil décide, vu les ressources actuelles du syndicat et le grand nombre d'affaires à suivre, de demander aux avocats de réduire leurs honoraires autant qu'il est possible.

Plainte sera portée contre M. J., usurpation du titre de docteur, — contre W. R., même délit, — contre D., même délit, — contre O. L., exercice illégal.

Le Conseil se met d'accord sur la personnalité à poursuivre pour usurpation du titre de chirurgien-dentiste, afin que l'affaire soit menée activement.

Communication d'une réponse du Ministère de l'instruction publique disant que l'époque à laquelle seront rendus les décrets prévus par l'article 35 de la loi de 1892 n'est pas fixée.

Un projet de loi devant être déposé à la Chambre pour interdire l'exercice de la médecine en France aux étrangers qui auront obtenu leur diplôme grâce à des dispenses de titres ou de scolarité, il est décidé qu'une

démarche sera faite pour obtenir une disposition semblable pour les chirurgiens-dentistes.

Nomination d'une commission chargée d'étudier à nouveau la question des experts.

Une manifestation en l'honneur du cinquantenaire de la découverte de l'anesthésie est votée en principe.

Séance du 15 avril 1896.

Présidence de M. DE MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bonnard, Bruel, Stévenin, Rollin, Ronnet, Jacowski, Hervochon. — Excusé : M. Bertaux. — Sans excuse : MM. Chauvin et Dubrac.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la séance de mai : MM. Dr Dutour à Bordeaux, parrains MM. Lot et Stévenin.

Seigle — — —

Dumora — — —

Goldschmidt à Paris. — Cecconi et Charpentier.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Sauvez avisant le syndicat qu'un congrès doit avoir lieu cette année à Nancy, et engageant ses membres à y assister.

Le bureau rend compte qu'il a assisté aux obsèques d'un membre de la profession regretté et éminent, M. P. Dubois, et fait déposer une couronne sur sa tombe. Conformément au 2e paragraphe de l'article 1er des statuts, il propose de voter une somme de 150 francs en faveur de sa famille.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

DISQUES A SUCCION

Par M. Fritz KLEINMANN, de Flensbourg.

L'opinion de la profession varie beaucoup quant à l'emploi et à l'efficacité des disques à succion, appelés aussi dentiers à pression d'air.

Il y a 30 ans le Dr Klare, de Leipzig, dans un article intitulé[1] *pas de pression par l'air, mais l'adhérence,* rappelle ce principe de physique : « Si la pression de l'air atmosphérique doit être employée, il convient de former une chambre privée d'air ou contenant de l'air raréfié » et cela le mène à cette opinion que : « l'appellation de chambre à air est inexacte, parce que dans les dentiers en question il ne peut y avoir de véritables chambres privées d'air, puisqu'elles sont remplies par la muqueuse et cessent d'exister dès lors comme chambres à air ». Il reconnaît que les dentiers à pression d'air tiennent solidement dans la bouche et il appelle avec raison *adhérence* la force qui les retient et *dentiers adhérents* les pièces prothétiques. On ne peut contester à Klare que « le dentier s'adapte hermétiquement à la bouche et aux gencives et que, toute inégalité étant remplie par les sécrétions liquides de la bouche, l'adhérence en est augmentée.

1. *Viertjelahrsschrift für Zahnheilkunde*, 1863, p. 81.

Plus l'adaptation est exacte et parfaite et plus la surface de contact est vaste, plus il faut de force pour enlever la plaque des gencives ». En terminant il explique que, si certains dentistes emploient encore les chambres à air, « c'est que la muqueuse remplit la chambre et qu'il en résulte ainsi une surface de contact plus grande ».

Tous les auteurs subséquents partagent les idées de Klare, quoique Parreidt et Detzner, dans leurs manuels de mécanique dentaire, en décrivant la fixation des plaques par l'adhérence, décrivent également et recommandent les plaques à pression d'air avec des chambres à succion.

Je n'entrerai pas dans le détail des diverses méthodes d'application des chambres à air et me bornerai à faire mention de l'une d'elles qui, dans certains cas, donne des résultats très fâcheux : je veux parler des chambres à air profondes.

On sait que, si une plaque supérieure de cette espèce est portée longtemps, une partie de la gencive est attirée dans la cavité de la chambre à succion et qu'il peut en résulter de l'hyperémie et de l'inflammation.

Chez bien des gens, surtout chez des femmes à gencives lâches et à bouche négligée, j'ai trouvé de grosses excroissances, avec une sécrétion particulière, ayant parfois la forme de choux-fleurs ou de crêtes-de-coq, que j'étais obligé de couper avec des ciseaux. Detzner, dans son manuel (p. 83), décrit une membrane de gencive hypertrophiée de ce genre « avec une surface comme celle d'un verre à ventouses profond, entourée de nombreux points qui saignaient facilement. Cette surface ne guérit que quand une esquille osseuse, mince comme du papier et de la grosseur d'un pois, qui s'était détachée du maxillaire supérieur par suite de l'ulcération, eut été enlevée ». Dans ce cas le processus pathologique se termina par une nécrose superficielle du maxillaire supérieur et le détachement d'un petit séquestre ; mais s'il y a prédisposition, l'excroissance peut entraîner des troubles beaucoup plus sérieux ; j'avertis donc qu'il peut y avoir inconvénient à faire des chambres profondes à succion, qu'elles soient pressées ou découpées.

Quoique je ne sois pas grand partisan des chambres à succion, j'en ai fait souvent usage, surtout ces dernières années, ou depuis que les succions de Passehl me sont connues.

La succion de Passehl *perle*, en étain pur, est d'un emploi très facile. On la coupe de la dimension de la plaque et on la fixe, d'après Passehl, au modèle en plâtre avec de courtes chevilles pour l'empêcher de glisser pendant le bourrage ; moi, je trouve suffisant de la presser parfaitement avec les doigts dans tous les plis des gencives. Les formes doivent être savonnées pour qu'elles n'adhèrent pas au caoutchouc. Après la vulcanisation on les sépare de la plaque, en laissant les impressions en forme de perles découvertes et le dentier prêt à servir. Ces formes sont surtout recommandées pour les gencives plates, dures, et on peut se servir d'un ou deux rangs de perles pour les plaques inférieures.

Je me suis servi fréquemment de ce procédé, mais je ne le considère pas comme ayant une grande valeur. J'estime cependant que ces plaques peuvent se nettoyer plus facilement que les plaques unies, et c'est là un avantage ; elles ont aussi un plus bel aspect.

Les succions *perle* en aluminium ne s'emploient pas de la même manière ; elles restent sur la plaque.

Dans la succion perle double en aluminium, le rang extérieur de perles doit être à moitié découpé et percé ; le caoutchouc est ainsi pressé dans les perles et tient la forme solidement. Il est bon également de courber en dedans le rang extérieur percé pour donner au dentier un plus bel aspect. Le perçage se fait avec des pinces.

Le disque jumeau à succion s'emploie de la même manière, l'empreinte se trouvant à droite. Les rainures sont remplies de plâtre pour empêcher qu'elles ne se brisent à la presse. Les formes d'aluminium peuvent être bien chauffées, mais pas jusqu'au rouge, sur une lampe à alcool : cela adoucit le métal et permet de mieux l'ajuster au modèle en plâtre. On peut se procurer les deux espèces en or à 18 carats.

Je n'ai pas essayé les succions jumelles parce qu'elles irriteraient les gencives, à ce que je pense, sans insister sur cette opinion.

Il en est autrement de la dernière invention de M. Passehl, la grande succion perle en aluminium. C'est cette invention qui m'a conduit aux plaques de succion et je considère qu'elle est de la plus grande valeur pour la prothèse dentaire.

Elle porte des cavités en forme de perle ou cupules de succion, à remplir de plâtre humide pour les empêcher de s'aplatir dans la presse, et des espaces entre ces cavités, qui sont bien perforés, de façon à ce que le caoutchouc puisse aisément être pressé au travers.

Il convient de presser quand c'est tout à fait chaud.

Après avoir étudié attentivement la question, je fis une plaque d'essai et j'arrivai à la conclusion que l'invention était basée sur une excellente idée. J'entrai en correspondance avec l'inventeur qui me donna des indications complètes et m'assura qu'il préférait cette méthode à toute autre.

Le premier patient sur lequel je fis un essai était un homme de 59 ans qui en était arrivé à renoncer aux dents artificielles parce qu'il avait déjà eu trois plaques supérieures (y compris une plaque à succion qu'il ne pouvait porter). C'était, en réalité, un cas difficile, car les dents du maxillaire inférieur dépassaient de 5/8 de pouce le maxillaire supérieur qui était dépourvu de dents. Après un long examen et à l'aide des connaissances physiques et mathématiques de ce patient qui était ingénieur, j'arrivai à la conclusion qu'une plaque de cette espèce ne pouvait manquer de rester solidement en position. Son maxillaire supérieur était petit, et comme le dernier rang des cupules de succion devait se trouver à 3/8 de pouce de l'arrière de la plaque, j'enlevai le dernier rang de 7 cupules et n'en laissai que 18 sur la plaque. Quoique l'articulation fût limitée aux dents doubles, le succès fut surprenant.

Mon patient ne put enlever la plaque quand il l'eut mise en place

et il me pria de le faire ; mais je n'y pus réussir et lui demandai en conséquence de patienter jusqu'au lendemain. Il était très content d'avoir une plaque solidement fixée, mais estimait que deux rangs de cupules de succion suffiraient amplement à fixer une plaque plus petite aussi solidement que la grande. Je me réjouis beaucoup du succès inattendu et je songeai à faire d'autres tentatives pour le bien de la profession. Je confectionnai pour lui la deuxième plaque.

Cette plaque convenait également bien, mais n'était pas aussi solidement fixée que la première, parce qu'elle ne présentait pas une surface d'adhérence aussi large. A titre d'essai, pour savoir si une plaque d'adhérence s'attacherait aussi hermétiquement qu'une autre avec des cupules de succion, je fis pour mon patient une légère plaque d'adhérence. Elle s'adaptait bien, mais pas autant que la première qu'il décida de porter.

Depuis j'ai fait successivement une douzaine de plaques avec des cupules de succion, entre autres pour la femme d'un capitaine de vaisseau, d'un âge moyen, qui avait perdu toutes ses dents, excepté les 6 dents du maxillaire inférieur, et qui désirait avoir des dents artificielles à la mâchoire supérieure seule. A l'articulation les dents inférieures quelque peu avançantes rencontrèrent les dents artificielles si brusquement que je craignis que la plaque ne tombât. Une plaque adhésive avec 14 cupules de succion fut confectionnée et depuis lors, c'est-à-dire depuis 10 semaines, la patiente la porte avec toute satisfaction. Je me suis servi également des cupules de succion pour des plaques partielles ; par exemple, j'ai fait une plaque avec 4 dents (les deux incisives centrales et 2 bicuspides droites) pour une jeune fille de la campagne sur laquelle il n'a fallu qu'un rang de cupules de succion.

Je m'en suis servi aussi avec succès pour faire des réparations, notamment pour une dame âgée qui se plaignait que sa plaque supérieure avec succion de perle n'adhérait pas parfaitement ; je découpai la succion perle et la remplaçai par 9 cupules de succion. Son beau-frère, âgé de 60 ans, vint me prier de lui modifier son dentier supérieur de la même manière. Je le fis avec une cavité plate (chambre à air), mais me servis d'une forme en aluminium avec 7 cupules de succion.

Je suis certain que c'est une méthode pratique et je crois aussi que les plaques de caoutchouc sont renforcées par les plaques d'aluminium, même si les premières sont très minces.

(Ash and sons' quarterly circular.)

LE TRAITEMENT DE HERBST POUR LES CHAMBRES PULPAIRES

Par M. A. C. Hewett.

Il y a quelques années, un éminent dentiste allemand donnait à la profession un procédé nouveau pour le traitement des canaux.

Brièvement expliqué, ce traitement consiste dans l'application du cobalt, l'amputation de la pulpe, la stérilisation de la chambre pulpaire largement ouverte, dans laquelle Herbst brunissait de la feuille d'étain comme coiffage des racines, ce qui formait le fond de l'obturation.

Je pensai que cette méthode venant d'une si grande autorité valait bien la peine d'être essayée.

Il y a quatre ans, j'avais déjà amputé des pulpes de la même façon et coiffé les racines avec une plaque en argent contenant du cuivre.

Mes succès et mes échecs ont été publiés.

Lorsque le Dr Harlan me fit connaître sa méthode de dévitalisation et de traitement au tannin glycériné, je l'adoptai à l'exclusion de toute autre et, dans aucune occasion, je ne l'ai regretté.

Dans ces cas, je continuerai toujours à employer ce traitement sans danger de décolorer la structure des dents.

En janvier 1893 je commençais une série de cas traités par la méthode Herbst modifiée.

J'ai pris note de ces cas et surtout de quelques-uns qui me paraissaient typiques. Quarante-trois de ces traitements donnèrent 41 succès et 2 échecs.

Un de ces derniers était une première grosse molaire inférieure.

M. K. H. se plaignait de douleurs névralgiques. En excavant cette dent, je trouvai un nodule de la pulpe solidement enfermé. La pâte d'acide arsénieux ne fit point d'effet.

On donna du chloroforme comme analgésique et avec la fraise j'enlevai tout ce que je pouvais de la pulpe et du nodule, j'appliquai des stérilisants et bourrai la chambre pulpaire d'étain avec un brunissoir.

15 jours après, il y eut de la douleur avec de l'irritation et de l'inflammation qui décidèrent le patient à faire enlever la dent. Dans celle-ci je trouvai des restes de nodules contractés ; les canaux étaient oblitérés, septiques et sentaient mauvais.

Enfin, je crois qu'aucun traitement n'aurait pu sauver cette dent dans ces conditions.

Le second insuccès m'arriva avec une jeune dame de 20 ans.

IIe g. m. inf. d. Le traitement de Herbst était suivi de douleur et de sensibilité de la dent après une trentaine de jours.

En ouvrant la dent et après avoir ôté l'étain de la chambre pulpaire, je trouvai le canal palatin largement ouvert ; il y était même entré un peu d'étain qui l'obstruait. Je crois que c'était là la cause de mon insuccès.

Dès que l'étain fut tout à fait retiré, il y eut une amélioration et le traitement de Harlan assura la guérison et l'utilité future de la dent.

Avant de commencer cette série d'expériences, je traitai plusieurs cas selon la méthode de Herbst, avec du cobalt, et après 3 mois, j'ouvrais les dents afin de voir l'état des pulpes restées dans les canaux.

Chaque fois je les trouvais vivantes et paraissant dans d'excellentes conditions. Une des pulpes que j'enlevai (avec la cocaïne)

montrait très distinctement son point de cicatrisation par hypertrophie à la place où elle avait été amputée.

Dans tous les cas, la santé de la dent semblait parfaite; quelques-unes présentèrent cependant de l'irritation ou de la congestion péridentaire, ce qu'on observe assez souvent dans les tissus qui entourent une dent dévitalisée.

Il n'est pas dans mon intention de formuler un avis pour l'adoption générale de cette méthode. Mais dans tous les cas bien choisis, les pulpes restées dans les racines se rétractent, en laissant écouler leur lymphe particulière, elles reprennent leurs fonctions et paraissent contribuer à la santé de la dent et des tissus qui l'entourent.

Si je croyais que les restes pulpaires périssent par atrophie ou inflammation, ce procédé ne me semblerait pas digne d'être défendu.

A ceux qui s'intéressent aux recherches (et qui de nous ne le fait pas ?) je veux indiquer le traitement qui me paraît le meilleur :

1° Je mets la digue et je sèche la cavité ;

2° J'applique de la cocaïne à la place exposée et je retire autant de dentine ramollie qu'il est possible;

3° J'ajoute à la cocaïne de l'eucalyptol de Sanders pour laver largement la cavité ;

4° Pour faire l'opération sans douleur, j'administre du chloroforme jusqu'à ce que l'analgésie se produise comme je le recommandais il y a quelque temps, et après, avec un foret large, bien coupant, je perce très vivement la chambre pulpaire. J'agrandis cette entrée jusqu'à ce que les canaux soient tous visibles ;

5° Avec un excavateur en forme de cuillère plate, j'enlève tous les débris de la pulpe en laissant l'hémorrhagie s'arrêter par la contraction des vaisseaux. Quand elle est arrêtée, je lave de nouveau avec de l'eucalyptol (non avec la teinture d'eucalyptus) ;

6° Avec mes doigts strictement aseptisés je roule l'étain en boules que je presse doucement dans la chambre pulpaire avec le brunissoir.

Il importe que l'étain ou les médicaments antiseptiques ne fassent aucune pression sur les cornes de pulpe qui restent. Sur l'étain j'applique une couche de gutta-percha ou du ciment.

Finalement je badigeonne la gencive avec de la teinture d'iode et de l'aconit.

Dans les cas où le chloroforme n'est pas employé, je me sers, pour dévitaliser la pulpe, d'un mélange d'acide arsénieux et de cocaïne, que je laisse 24 heures.

Mais quels sont les cas dans lesquels on peut procéder avec succès ? Jamais dans les cas de pulpes déjà mortes ou en décomposition, jamais non plus dans ceux de pulpes nodulées (calcifiées), car ici la chambre pulpaire ne peut pas être bien nettoyée.

A. O. Hunt dit : « Le mieux que nous ayons à espérer de ce traitement, c'est l'atrophie des pulpes radiculaires. »

Le regretté M. N. O. Kulp me disait en parlant de ce traitement : « J'en suis effrayé. »

Malgré tout cela j'ai foi dans l'antisepsie et je ne vois pas de

raison pour laquelle des pulpes dont la couronne a été amputée ne guériraient pas aussi bien que d'autres tissus qui ont été opérés ou raccourcis.

Il se peut que l'avenir me prouve que je suis dans l'erreur ; en tout cas j'ai expérimenté avec soin.

Il en résulte une grande économie de temps : une séance de 15 minutes en procédant avec des anesthésiques, une séance de 5 minutes sans anesthésiques et une autre de 10 suffisent, tandis que toutes les autres anciennes méthodes exigent beaucoup plus de temps.

LIVRES ET REVUES.

Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de M. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. *Anatomie et physiologie de la bouche et des dents*, par le Dr E. Sauvez, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste adjoint des hôpitaux de Paris, avec 78 figures intercalées dans le texte. Librairie J.-B. Baillière, 1896.

Nous sommes dans un temps où il fait bon étudier : telle est la réflexion qui se présente à notre esprit, en parcourant le coquet petit volume que Baillière vient d'éditer, et qui a été publié sous la direction de M. Godon. L'auteur, M. le Dr Sauvez, a très méthodiquement traité son sujet, qu'il a divisé en trois parties :

Dans la première il étudie l'anatomie et la physiologie de la bouche ; la 2e partie comprend l'anatomie et le développement des dents ; enfin dans une 3e partie, sous le titre : *Des dents de quelques animaux en particulier*, il résume très rapidement les principales notions d'anatomie comparée du système dentaire.

Conçu sur un plan bien moderne, le premier d'une série de 5 volumes, cet excellent manuel, dont la concision ne nuit pas à la clarté, donne en quelques mots, sur chaque sujet étudié, les différentes théories successivement admises avec indication du nom de leur auteur. Signalons notamment le chapitre du développement des dents, dans lequel la genèse de l'organe dentaire nous paraît merveilleusement exposée. Regrettons, toutefois, que les tableaux de Seigneur, les plus exacts à notre avis, ne figurent pas dans le chapitre de l'*éruption des dents*.

Illustré de nombreuses figures, nécessaires pour aider à la compréhension de l'étude si aride de l'anatomie, ce nouveau traité est, croyons-nous, appelé à un très grand succès, étant d'une incontestable utilité pour les étudiants, en vue de leur préparation aux examens, et non moins indispensable au praticien qui voudrait combler les lacunes de sa mémoire et se remémorer un détail oublié.

En terminant, nous adressons nos sincères félicitations à l'auteur, le sympathique professeur d'anatomie régionale à l'Ecole dentaire,

puis à l'éditeur pour le soin apporté à la composition, à l'illustration et au tirage, et enfin à notre ami Godon pour son heureuse initiative. Nous espérons bien qu'élargissant son cadre primitif, notre directeur le complétera en dotant nos futurs étudiants de manuels des sciences appliquées à l'art dentaire.

Ed. PAPOT.

P. S. — Après la rédaction de cette note, nous avons lu le 2e volume de cette série : *Pathologie des dents et de la bouche*, par le Dr Léon Frey, dont le compte rendu a été publié dans le numéro de mars. Nous avons eu le plaisir d'y trouver, p. 101, les tableaux de Seigneur, dont le premier partage les enfants en deux catégories selon la diététique suivie; il montre ainsi l'importante influence de l'allaitement naturel sur l'éruption des dents. E. P.

Application de l'électricité à l'art dentaire par Jules Camoin, chirurgien-dentiste (Marseille, imprimerie Schickler, 44, allées de Meilhan. 1896, 8 p., 2 pl.).

Dans cette brochure l'auteur expose l'installation électrique dont il se sert et qui fait fonctionner avec un *générateur unique* tous les genres d'appareils dentaires pour éclairer la bouche, cautériser, fraiser, etc. Il emploie un élément de petit volume, sans odeur, renversable sans danger et d'entretien facile et peu coûteux. Il recommande cette installation à ses confrères.

Vient de paraître chez M. Franz Pietzcker, éditeur à Tübingen (Allemagne), *Geschischte der Zahnheilkunde (Histoire de l'art dentaire)*, de l'an 3700 avant Jésus-Christ jusqu'à nos jours, par le Dr G. P. Geist-Jacobi. 254 pages avec des figures et une planche, reliée en toile. Prix : 6 marks.

Depuis 1831 il n'a pas été publié d'histoire de l'art dentaire, à part celle de Carabellis, et par conséquent les travaux de Geist-Jacobi répondent à un véritable besoin.

On peut commander l'ouvrage chez tous les libraires.

La maison S. S. White, de Philadelphie, vient de publier : *Pathologie dentaire et pratique dentaire*, par Frank Abbott. In-8°, 237 p., 97 illustrations, 3 pl.

Relié en percaline, 2 dollars 50.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE.

I. Emploi de la cataphorèse pour diminuer la sensibilité de la dentine. — II. Les dents cariées peuvent-elles servir de porte d'entrée au bacille de Koch? — III. Sur les maladies dites de la dentition. — IV. Mal de Bright et altérations des maxillaires — V. Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. — VI. Stomatite gangréneuse localisée à la gencive supérieure. — VII. Les dents des nègres. — VIII. Mort pendant l'administration du pental. — IX. Proportion des cas de mort et des anesthésies. — X. Détermination de l'adaptabilité comparative de l'or cohésif et de l'or non cohésif sous la pression. — XI. Relations entre les dents cariées et le lymphatisme. — XII. Blanchiment des dents. — XIII. Les effets de la chaux sur les dents. — XIV. Nez et pharynx nasal. — XV. Abcès froid de la langue. — XVI. De la stomatite impétigineuse et en particulier de ses accidents laryngés. — XVII. Des polypes de la cavité faciale. — XVIII. Des anomalies dentaires dans la syphilis acquise. — XIV. Obturations adhésives. — XX. Dévitalisation des pulpes sans douleur. — XXI. Obturation des canaux radiculaires. — XXII. Diagnostic des masses calcaires dans la pulpe. — XXIII. Coiffage des pulpes dénudées. — XXIV. Blanchiment des dents.

Nous avons publié en 1892 [1] un article fort intéressant de M. J. Foulon sur les applications de l'électricité à l'art dentaire et notamment à l'anesthésie cocaïnique par la cataphorèse pour le traitement des kystes radiculaires. Voici une nouvelle application du procédé due à M. H.-W. Gillett, de Newport.

N. D. L. R.

I. — Emploi de la cataphorèse pour diminuer la sensibilité de la dentine

Dans ces derniers temps, nos journaux dentaires ont parlé de la cataphorèse pour aider au blanchiment des dents; mais, depuis longtemps, silence complet sur l'emploi de ce moyen. Dans un champ beaucoup plus large, je veux parler de la prévention de cette souffrance qui nous a fait passer à tous des heures si désagréables comme praticiens, et a torturé beaucoup de nos clients infiniment plus que les victimes de l'Inquisition d'Espagne.

Y a-t-il une douleur plus redoutée de la race civilisée que celle qui résulte des tissus sensibles de la dent humaine quand la nécessité s'impose de traiter ces tissus chirurgicalement?

Y a-t-il un but que notre profession ait poursuivi avec plus d'ardeur et moins de succès que celui de trouver un moyen d'application générale pour prévenir cette douleur?

Nous avons essayé les caustiques, les dessiccatifs, les anesthésiques à la fois locaux et généraux, les médicaments internes et les topiques; mais, en dépit de nos efforts, le seul remède qui revienne sans cesse dans nos discussions, c'est l'excavateur affilé manié d'une main assurée.

Nous réussissons quelquefois à adoucir le coup; mais, très généralement, nous en arrivons à penser que les meilleures mesures doivent être héroïques et nous agissons en conséquence.

J'ai eu, sans doute, comme mes confrères, bien des fois à me féliciter de l'emploi des moyens ci-dessus dans des cas individuels : je ne voudrais donc pas trop les dénigrer; cependant, après de nombreux essais

1. *Revue internationale d'Odontologie*, 1892, p. 249.

et des échecs non moins fréquents, j'ai voulu essayer d'une méthode qui paraît être d'une application universelle, et j'ai obtenu, dans des cas qu'il aurait fallu abandonner, un tel succès que j'ai le plus vif désir de voir cette méthode se généraliser. On comprend que je veux parler de la cataphorèse.

Le professeur W.-J. Morton, dont le nom fait autorité, a dernièrement défini la cataphorèse « le transport des liquides, avec les substances qu'ils peuvent tenir en dissolution, qui a lieu du pôle positif au pôle négatif dans un courant passant au travers des tissus ».

D'autre part, le Dr Frederick Paterson commence ainsi son article sur la cataphorèse (*Intern. System of Electro-Therapeutics, Bigelow*) : « Nous entendons par cataphorèse, au point de vue médical, l'introduction par l'électricité de médicaments qui pénètrent dans l'économie au travers de la peau et des membranes muqueuses. Ce processus paraît être purement physique et n'a rien à voir avec l'électrolyse. »

Ajoutons que les dents peuvent être des points d'application, tout comme les autres parties du corps. Ainsi donc, le courant transporte avec lui les fluides exposés à son influence dans des conditions convenables. C'est là l'agent qui va nous permettre de porter dans la dentine notre anesthésique local, cette force bienfaisante qui a déjà tant fait pour nous dans d'autres directions, et dont nous pouvons disposer pour faire pénétrer dans la dentine la solution cocaïnique, que nous cherchions en vain à y introduire.

Signalons un article que le Dr Mac Graw a publié sur ce sujet dans la *Dental Review* de 1887 ou 1888, et un autre du Dr A.-C. Westlake dans le *Cosmos* de novembre 1892.

J'ai entendu parler trop tard du premier pour avoir le temps de le consulter ; quant au second, il ne signifie pas grand'chose.

Je n'insisterai pas sur le processus de la cataphorèse, parce que le professeur Morton a épuisé la question dans un article récent du *Dental Cosmos*.

Cependant, quand on utilise la cataphorèse sur la dent *vivante*, il faut se garder d'employer les intensités que le professeur Morton a jugées nécessaires pour le blanchiment.

L'article du professeur Paterson contient plus d'un point intéressant ; mais, pour ne pas trop allonger cette communication, je me bornerai à vous en citer le fragment suivant pour montrer ce qui peut être fait sur la dent sensible : « Le courant seul ne détermine l'anesthésie ni par un pôle ni par l'autre, bien que l'anode exerce une action calmante transitoire sur les foyers douloureux. Une solution aqueuse de cocaïne, appliquée sur la peau, n'est pas absorbée, ne produit pas l'anesthésie, sauf, peut-être, après une période indéfiniment prolongée. Une solution aqueuse de cocaïne se diffuse à travers le tégument et les tissus sous-cutanés, sous l'influence de l'anode, non sous celle de la cathode. »

Maintenant, comment devons-nous manier et contrôler cette force, si disposée à nous aider et qui a pourtant une si grande tendance à nous échapper quand on ne la surveille pas ? Il faut en être absolument maître.

Les appareils qui peuvent servir à la cataphorèse en d'autres points, sont de peu d'utilité pour la dent vivante, parce que celle-ci est bien moins tolérante pour le courant. Elle répond très vite à des courants que la plupart des autres tissus perçoivent à peine.

Il faut disposer l'appareil spécial de façon à pouvoir commencer avec un courant imperceptible, que l'on augmente par degrés jusqu'à ce qu'on atteigne un point efficace. Ce point reste très modéré : une fraction de

milliampère passant réellement à travers la dent pendant un temps convenable, suffit à nous mener au but. Toutefois, si le sujet n'est pas trop sensible à l'influence du courant électrique, un ou deux milliampères accomplissent la besogne plus vite ; on peut même, dans quelques cas, monter jusqu'à trois ou quatre, sans trop de gêne pour le patient ; mais ce sont, pour ainsi dire, des cas exceptionnels. Notez que cette densité est celle qui passe positivement *au travers* de la dent ; la capacité de l'appareil n'a pas besoin d'être beaucoup plus grande pour forcer cette intensité à traverser la dent que pour traverser les autres tissus.

On peut emprunter le courant à toutes les sources électriques possibles. L'auteur se sert de l'Edison de 110 volts avec l'outillage approprié ; mais on peut aussi faire usage de batteries convenables.

L'un des points essentiels pour réussir pratiquement, c'est, je le répète, de débuter avec un courant trop faible pour causer le moindre ennui au sujet, et de l'augmenter suivant la tolérance de ce dernier. A mesure que la cocaïne commence à pénétrer, il sentira moins le courant, qui peut alors s'augmenter sans inconvénient.

Le temps minimum d'application dans mes essais a été de six à huit minutes ; bien des cas exigent plus de temps, et on ne peut les distinguer qu'en éprouvant la cavité. Par de longues applications on réussit à engourdir la dent de façon qu'on pourrait, si on le voulait, la découper en fragments. La graduation du courant est encore indispensable ; il faut, en effet, éviter les changements brusques d'intensité et de voltage. Une fois l'application terminée, on diminue le courant aussi graduellemement, parce qu'une rupture soudaine déterminerait un choc désagréable.

On ne doit jamais faire passer le courant au travers d'une obturation métallique, à cause de la douleur qui en serait la conséquence. Au besoin, on isolerait ces obturations avec de la gutta-percha. Des solutions de cocaïne de 20 à 30 pour 100 se sont montrées suffisantes pour ces applications.

L'effet semble ne pénétrer tout d'abord qu'à une courte distance ; si l'on résèque cette couche, on peut faire une seconde application.

L'électrode positive à pointe de platine doit toujours s'appliquer sur du coton imbibé de la solution cocaïnique et placé dans la cavité. Quant au pôle négatif garni d'une éponge humide, on peut l'appliquer en n'importe quel point du corps, le cou ou la face, par exemple. — Il est bon que le courant n'ait à parcourir que le plus court chemin possible à travers l'organisme. Théoriquement la membrane muqueuse de la bouche serait un lieu d'élection pour le pôle négatif ; mais il est moins facile d'empêcher une perte de courant en cet endroit, et l'application serait, en outre, plus désagréable pour le sujet.

Je me suis limité, dans ce qui précède, à l'exposé de ce que j'ai réellement expérimenté, et je crois que c'est dans cette direction que la cataphorèse peut nous rendre le plus de services. Cependant, les résultats que j'ai déjà obtenus me conduisent à en attendre de nombreuses applications. Par exemple, je me demande encore si je traiterai le premier cas de dentine dénudée par abrasion qui se présentera, au moyen de la cataphorèse cocaïnique suivie de la cautérisation actuelle, ou par des applications cataphoriques d'une solution caustique sur la surface dénudée.

Je prévois la possibilité de traiter la péricémentite, l'abcès commençant et l'abcès chronique sans fistule en faisant pénétrer, au siège du mal, des solutions antiseptiques et stimulantes, à l'aide de la cataphorèse.

Ne pourra-t-on pas même traiter par ce moyen les pulpes irritées et enflammées? La chose me paraît très probable et je vois là un champ attrayant pour les recherches expérimentales [1].

La cataphorèse m'a permis d'annoncer à mes patients que j'avais le moyen de rendre parfaitement indolore la préparation des cavités sensitives. Je recommande cette méthode à votre attention.

Permettez-moi, en terminant, de vous citer quelques faits :

1° M. N..., vingt-cinq ans, seconde bicuspide supérieure droite, cavité d'une sensibilité exquise. Cataphorèse pendant dix minutes avec solution cocaïnique à 20 pour 100, courant un peu inférieur à un milliampère, passant au travers de la dent à la fin du traitement. Résultat : absence complète de sensibilité sous l'action de la fraise ou de l'excavateur.

2° M. H..., quarante ans, bicuspide supérieure gauche, obturation approximale volumineuse ; toutes les indications sont favorables à la destruction de la pulpe. Pour l'effectuer, il était plus commode d'arriver à la pulpe par la cavité antérieure. La dentine se montra trop sensible pour supporter le forage. Cataphorèse pendant un quart d'heure avec solution de cocaïne à 30 pour 100 ; je pus alors forer directement sur la pulpe qui s'était beaucoup rétractée. C'est l'hémorragie, et non la douleur, qui révéla tout d'abord que la pulpe avait été atteinte. Après avoir renouvelé l'application, j'enlevai la pulpe sans douleur.

3° M. C..., trente ans, seconde molaire inférieure gauche, très grande cavité corono-mésiale. Le patient ne peut, à cause de la sensibilité, supporter la préparation de la cavité. Cataphorèse pendant quinze minutes avec solution de cocaïne à 20 pour 100. Résultat : absence complète de douleur, sauf dans un angle près du bord cervical.

4° W. M..., treize ans, cavité mésiale sur la première molaire inférieure, très sensible. Cataphorèse avec cocaïne à 30 pour 100 pendant dix minutes. Résultat : anesthésie complète de la dentine jusqu'à une certaine profondeur, mais, avec une seconde application de six minutes, je parvins à creuser des sillons de rétention.

(*Le Progrès dentaire.*)

II. — Les dents cariées peuvent-elles servir de porte d'entrée au bacille de Koch ?

Par Starck (Heidelberg).

L'auteur rapporte quelques observations, desquelles il résulte que l'envahissement de l'organisme par le bacille de Koch peut se faire au travers des dents cariées.

Dans le premier cas il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel, après un violent mal de dents, les ganglions lymphatiques du côté correspondant du cou (à gauche) se tuméfient.

La tuméfaction ne fait qu'augmenter et atteint bientôt le volume d'un poing, à surface bosselée, dure, mais insensible à la pression. On trouve quelques ganglions tuméfiés dans la région sous-claviculaire et sous-maxillaire gauche. On ne trouve rien d'anormal dans la cavité nasale, pharyngienne et auriculaire ; mais les molaires inférieures gau-

1. Depuis que ceci est écrit, j'ai eu connaissance d'un mémoire imprimé dans nos *Transactions* de 1891. Il a été présenté par le Dr J.-S. Marshall, sous le titre de : « L'électricité comme agent thérapeutique dans l'hyperémie et la congestion de la pulpe et de la membrane péridentaire. » Ce travail s'occupe plutôt des effets du courant lui-même que des résultats obtenus par cataphorèse.

ches présentent une carie très avancée. La respiration, au sommet gauche, est affaiblie. Extraction de trois dents cariées et incision de la tumeur ganglionnaire, qui était en voie de dégénérescence caséeuse. L'examen bactériologique a démontré que les dents extirpées contenaient le bacille de Koch en grand nombre.

Dans le second cas, la tumeur ganglionnaire s'est développée chez une jeune fille de quatorze ans, également après un fort mal de dents. Extraction de la dent cariée, dont l'examen bactériologique a démontré qu'elle contenait un grand nombre de bacilles de Koch.

Dans trois autres cas, exactement semblables aux deux premiers comme étiologie, on n'a cependant pu démontrer la présence du bacille dans les dents, tandis qu'on en a trouvé dans les ganglions.

Il est à présumer que d'autres microbes pathogènes peuvent pénétrer par les dents dans l'organisme, ajoute l'auteur, bien que jusqu'ici la preuve expérimentale manque.

La carie dentaire est encore une des principales causes du lymphadénome chronique des enfants. Ayant examiné cent treize enfants porteurs de tumeurs ganglionnaires, l'auteur n'a pas pu dans 41 % des cas, trouver d'autres causes que la carie dentaire.

Tous ces faits, très démonstratifs, prouvent, une fois de plus, l'importance prophylaxique d'une hygiène rationnelle de la cavité buccale pratiquée dès le jeune âge et la nécessité d'un service dentaire attaché à toutes les écoles.

(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*)

III. — Sur les maladies dites de la dentition

Par M. Kassowibz

L'auteur nie que la dentition joue un rôle quelconque dans l'étiologie des maladies de l'enfance. En examinant la moyenne gingivale chez des milliers d'enfants, surtout chez des rachitiques, au moment de la dentition, il la trouvait toujours pâle, mais il n'a jamais observé de phénomènes inflammatoires. Le nom de stomatite de la dentition devrait être rayé de la pathologie infantile. L'auteur a relevé systématiquement la température chez un grand nombre d'enfants au moment de la dentition : jamais il n'a observé de trace d'élévation de la température imputable à ce processus. Il en est de même des convulsions : celles-ci sont dues tantôt à une forte hyperémie, tantôt au craniotabès, surtout chez les rachitiques. Quant à la prétendue diarrhée de la dentition, elle est causée par un mauvais régime, une alimentation mal réglée ; en effet, la diarrhée de la dentition est bien moins fréquente en hiver qu'en été.

(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*)

IV. — Mal de Bright et altérations des maxillaires.

M. Colle présente un malade qui était porteur d'un mal de Bright à forme scléreuse nettement confirmée, et a vu toutes ses dents se déchausser et tomber sans réaction ni douleur; les alvéoles nécrosés restent saillants; de plus, il se forme dans le maxillaire supérieur des séquestres que l'on enlève.

M. Colle se demande si ces lésions du maxillaire ne sont pas en relation directe avec le mal de Bright ou, comme l'ont déjà décrit Vallin et Dubreuil, avec le tabès.

Mais le malade ne présente aucun symptôme de tabès, sauf l'absence

des réflexes rotuliens et un peu d'atrophie de la papille. Ces signes sont-ils suffisants pour porter un diagnostic de tabès en pleine évolution ou n'y faudrait-il voir que des symptômes prétabétiques ?

(D'après le *Nord Médical.*)

V. — Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse.

Sous ce titre, *M. Dumontpallier* rapporte l'observation de trois malades dont les gencives et la langue étaient le siège de tumeurs d'apparence et de marche assez graves et qu'il a traitées avec succès par le chlorate de potasse. Le traitement consistait à prendre chaque jour une mixture composée de 4 gr. de chlorate de potasse pour 120 gr. d'eau et à appliquer quatre fois par jour de fortes doses de chlorate de potasse en poudre fine sur la tumeur.

Si, dans l'une des observations, la nature épithéliomateuse de la tumeur était douteuse, elle paraissait beaucoup plus probable, pour ne pas dire certaine, chez les deux autres malades, dont l'un avait été opéré précédemment par un chirurgien des hôpitaux pour un cancroïde de la langue.

M. Dumontpallier termine ainsi :

« Ces résultats heureux ont été dus principalement à la potion de chlorate de potasse, dont l'élimination par la sécrétion salivaire agissait d'une façon continue sur les surfaces malades. Je ne saurais donc trop recommander, dans les cas de tumeurs de la bouche, où le diagnostic est souvent douteux, de prescrire le chlorate de potasse, suivant la méthode que j'ai exposée, avant d'avoir recours au bistouri.

« Pour conduire à bonne fin un semblable traitement, qui doit être continué deux à trois mois, il est indispensable de s'assurer de la régularité fonctionnelle des reins qui, avec les glandes salivaires, sont les principaux organes d'élimination du chlorate de potasse.

« De plus, il convient de reconnaître si l'état des dents n'est pas une cause d'irritation pour les surfaces affectées et de ne pas négliger d'avoir recours au dentiste pour le pansement ou l'extraction des dents malades et au besoin pour la confection d'appareils nécessaires. »

(M. Dumontpallier présente ensuite les malades.)

M. Reclus. — Les résultats énoncés par M. Dumontpallier ne me paraissent pas devoir entraîner complètement la conviction, car, après Broca et Féréol, mes expériences nombreuses sur les cancroïdes cutanés et de la langue, inopérables ou non, m'ont conduit aux conclusions de mon maître Féréol : le chlorate de potasse a des effets très réels dans les épithéliomas cutanés, mais si la muqueuse est prise les résultats sont absolument nuls.

Assurément, sous l'influence des lavages de bouche, des gargarismes, des soins dentaires, etc., j'ai eu des améliorations notables, mais jamais de guérison réelle. Or la méthode employée fut la même que celle que préconise M. Dumontpallier. Les applications de ouate saturée de chlorate de potasse, les injections interstitielles cocaïnées de chlorate, l'usage du chlorate de soude — plus soluble pour M. Hayem que le chlorate de potasse — des potions contenant plus de six grammes de chlorate de potasse, toutes ces médications ne donnèrent que des améliorations de quinze jours, trois semaines, mais pas de guérison. Inversement, il y eut guérison dans quinze cas d'épithéliomas de la peau.

M. Dumontpallier. — Les résultats heureux, dit M. Reclus, ne durent que quinze jours, trois semaines au plus. Mais un de mes malades, actuellement ici, est guéri depuis onze mois. Un autre, atteint d'un

cancroïde de la langue mesurant 4 cm 5 de longueur sur 1 cm 5 de largeur, a une ulcération à peu près complètement cicatrisée, et je suis convaincu que le travail réparateur arrivera à la guérison complète d'ici peu, car voilà trois mois que ce processus de cicatrisation fait des progrès incontestables. Je puis donc affirmer que les améliorations ne sont pas d'une durée éphémère, qu'elles sont réelles ; mais pour les obtenir il ne faut pas se contenter d'un traitement de quinze jours. La méthode doit être suivie pendant plusieurs mois, et on ne se résoudra à l'intervention chirurgicale que si l'insuccès persiste malgré ces efforts prolongés.

(*Bulletin médical.*)

VI. — Stomatite gangréneuse localisée a la gencive supérieure.

(Observation recueillie par M. Pialot, interne à l'Hôpital Trousseau.)

B... Marcel, âgé de deux ans.

Entré le 23 septembre 1895.

Examen bactériologique : streptocoques et staphylocoques.

Antécédents. — L'enfant n'a jamais eu de maladie antérieure ; il est malade depuis quatre jours quand on le conduit à l'hôpital. Il est reçu dans le pavillon des douteux diphtériques.

C'est un enfant à teint pâle, présentant de l'impétigo du cuir chevelu, et à l'aisselle droite un abcès tubéreux.

A l'examen de la gorge, on constate une rougeur modérée des amygdales, de la luette et de la paroi postérieure du pharynx, et une opalescence très légère sur l'amygdale droite. Une adénopathie assez notable, mais sans doute préexistante, se voit des deux côtés au niveau de l'angle de la mâchoire. Pas de phénomènes laryngés.

Ces manifestations angineuses expliquent l'entrée de l'enfant au pavillon des douteux diphtériques.

24 *sept.* — Le lendemain de l'arrivée de l'enfant, la gorge est détergée ; mais on observe des ulcérations à fond grisâtre, recouvertes d'un enduit muco-purulent, siégeant au niveau de la sertissure des dents incisives et canines de la mâchoire supérieure. Ces ulcérations recouvrent en entier le sillon gingivo-labial supérieur ; elles existent également, mais moins étendues, sur la partie interne de la gencive.

Elles sont bien localisées à cet endroit ; il n'en existe ni à la voûte palatine, ni à la face interne des joues, ni à la gencive inférieure.

De ces ulcérations s'écoule un liquide muco-purulent dégageant une odeur extrêmement fétide.

La lèvre supérieure est le siège d'un œdème dur, rosé ; elle proémine fortement en avant.

26 *sept.* — Les ulcérations sont saignantes au moindre contact, les dents incisives supérieures commencent à se déchausser et il est facile de les ébranler.

On donne à l'enfant une potion de chlorate de potasse, un gramme par jour ; on fait des attouchements sur les ulcérations à l'aide d'un tampon de ouate trempé dans une solution aqueuse de permanganate de potassium à un pour cent.

27 *sept.* — Les ulcérations s'étendent sur la partie interne de la gencive ; elles sont recouvertes d'un exsudat grisâtre, pulpeux, épais.

La fétidité de l'haleine persiste.

Les dents sont tout à fait ébranlées dans leurs alvéoles.

L'état général de l'enfant qui, jusqu'ici, était satisfaisant, devient mauvais ; la diarrhée apparaît ; l'enfant s'alimente mal ; il ne joue plus

comme les jours précédents; il est dans un état d'adynamie profond. L'examen des urines a été négatif.

On continue le même traitement local, on donne des toniques à l'enfant, todd, champagne. Le chlorate de potasse pris à l'intérieur est supprimé.

28 *sept.* — L'œdème de la lèvre supérieure a un peu diminué ; les ulcérations commencent à se déterger, mais les racines des dents sont à nu et celles-ci sont sur le point de tomber.

Les jours suivants, grâce au régime tonique suivi, l'état général de l'enfant se relève, l'état local s'améliore.

30 *sept.* — On remplace comme topique la solution de permanganate par une solution alcoolique de salol au 1/15e.

Jusqu'au 7 octobre l'état général s'améliore, l'état local restant stationnaire.

7 *octobre.* — L'une des incisives tombe, les autres sont complètement déchaussées et ébranlées. L'examen de l'avéole au stylet permet de reconnaître qu'elle est nécrosée.

8 *oct.* — Toutes les dents incisives sont tombées.

13 *oct.* — Les parties mortifiées tombent, les ulcérations périphériques commencent à se combler; mais il reste au centre de véritables séquestres mobiles : ce sont les alvéoles nécrosés.

16 *oct.* — L'amélioration continue, l'état général est bon, l'enfant s'alimente bien. Les séquestres alvéolaires ne sont pas encore tombés.

Il s'agit donc d'une véritable gingivite gangréneuse, localisée à la gencive supérieure, ayant déterminé des phénomènes généraux graves sans élévation de température cependant. Cette gingivite a entraîné la chute des dents, la nécrose des alvéoles ; elle compromettra donc profondément la nouvelle dentition.

(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*)

VII. — Les dents des nègres.

La race nègre dans les Etats du sud des Etats-Unis a des dents moins bonnes que la race blanche. La proportion pour cent des dents défectueuses est beaucoup plus grande chez la première que chez la seconde, excepté dans l'enfance et dans l'adolescence.

Les dents des enfants nègres à 12 ou 14 ans sont moins défectueuses que celles des blancs du même âge. Après cette période la carie des dents chez les nègres est presque universellement plus grande que chez les blancs.

Les dents des domestiques d'intérieur esclaves étaient généralement plus défectueuses que celles des ouvriers agricoles et des artisans menant une vie pénible, principalement parce que les premiers étaient choisis parmi les mulâtres qui, de toutes les races des Etats-Unis, sont les plus défectueux et les plus faibles quant à la constitution et sont sujets à avoir de mauvaises dents, à toutes les périodes de la vie, beaucoup plus que la race blanche ou la race noire. Je n'ai jamais vu une seule dentition parfaite chez un mulâtre et j'en ai rarement vu chez les nègres après l'âge adulte.

On est toujours tenté d'admirer la blancheur des dents des nègres ; ce qui les fait ressortir davantage, c'est le contraste de leur peau noire et pas autre chose, puisque, quand on place un dentier à un nègre, il faut généralement des teintes plus sombres que pour un blanc.

(Extrait de *Southern dental Journal and Luminary.*)

VIII. — Mort pendant l'administration du pental.

Le *Dental Record* signale la mort d'une femme pendant l'administration du pental au *Victoria Dental Hospital* de Manchester. C'est au moins la quatrième mort de ce genre survenue pendant l'administration de cet agent.

Convient-il de l'employer pour les opérations dentaires ? Certes il donne une période d'anesthésie plus longue que le protoxyde d'azote, mais les risques sont plus grands. Quand on songe que ce dernier est administré au *Dental Hospital* de Londres 8 ou 9.000 fois par an depuis 25 ans sans un seul cas fatal et que depuis le peu de temps qu'on emploie le pental on a déjà enregistré plusieurs morts, sans parler de la survenance fréquente de symptômes dangereux, certes l'augmentation de la durée de la période d'anesthésie ne peut pas compenser l'augmentation des dangers qui en résultent.

(Extrait du *Dental Record.*)

IX. — Proportion des cas de mort et des anesthésies.

Le Dr Julliard, de Genève, a établi une statistique qui donne un cas de mort pour 3.258 administrations de chloroforme et une mort pour 14.987 administrations d'éther.

Le Dr Ormsby, de Dublin, arrive à des résultats un peu différents, plus favorables à l'éther et moins au chloroforme. Il trouve que le nombre de morts est de 1 pour 2.873 administrations de chloroforme et de 1 pour 23.204 administrations d'éther.

(*British journal of dental science.*)

X. — Détermination de l'adaptabilité comparative de l'or cohésif et de l'or non cohésif sous la pression.

Il y a quinze ans on discutait dans les sociétés dentaires la question de savoir lequel de l'or cohésif ou de l'or non cohésif s'adapte le plus aisément aux parois de la cavité, de façon à donner une obturation imperméable. Cette question n'est pas encore tranchée et elle a tout autant d'intérêt qu'il y a 15 ans.

En pliant une feuille d'or cohésif n° 4 de façon à former un carré d'un pouce de côté et, après l'avoir recuite, en pressant une monnaie dessus, on obtient une empreinte magnifique de celle-ci et bien supérieure à celle qu'on obtient avec l'or non cohésif. D'où l'on a conclu que l'or cohésif s'adapte mieux que l'or non cohésif, conclusion que l'expérience ne permet pas de tirer. En pressant la monnaie sur un morceau de digue, ce qui nous donne une jointure hermétique, et en l'enlevant, nous n'avons pas d'empreinte du tout. En d'autres termes, la propriété de conserver une empreinte n'est pas synonyme d'adaptabilité.

Pour résoudre la question, j'ai fait l'expérience suivante :

J'ai fixé un tube de verre d'un pied de long et de 1/4 de pouce de diamètre verticalement avec de la cire à cacheter sur une pièce d'argent d'un pouce de diamètre et portant un trou au centre. Le tube portait une plate-forme dépassant la pièce de 2 pouces et servant à porter des poids.

Je pliai une demi-feuille d'or extra-cohésif en carré de 1 pouce

de côté, je la fis recuire et je la plaçai sur une surface unie. Je posai l'appareil dessus. Puis, au moyen d'un entonnoir se terminant en pointe fine, de façon à donner un courant d'eau mince et régulier, j'ai rempli lentement le tube d'eau et marqué la hauteur atteinte par celle-ci et le tube avant qu'elle commençât à s'échapper entre la pièce et l'or.

J'ai séché l'appareil et recommencé l'expérience avec de l'or non cohésif, je n'ai pas recuit et j'ai noté la hauteur comme précédemment. Naturellement, plus la feuille s'adapte à la pièce, plus l'eau monte dans le tube avant de s'échapper sous la pièce.

J'ai répété l'expérience un grand nombre de fois, en pesant l'appareil avec des poids augmentant de 1/10 de livre à 2 livres au plus. Les poids peuvent être en plomb et doivent avoir la forme d'un anneau pour passer autour du tube. Il faut employer de l'or nouveau à chaque expérience.

On peut varier l'expérience en remplissant le tube à une certaine hauteur et en notant le temps qui s'écoule avant que l'eau s'échappe, ainsi que la quantité d'eau qui s'échappe dans un temps donné.

Les expériences qui ont suivi ont établi que, sous une basse pression, l'or non cohésif s'adapte plus aisément et donne une meilleure adaptation que l'or cohésif.

(Miller, d'après un résumé de l'*Ohio dental journal.*)

XI. — Relations entre les dents cariées et le lymphatisme.

Il résulte d'une statistique publiée par Richard Hape, de Leipzig, que sur 269 enfants examinés, de 6 ans à 15 ans, 243 avaient des dents cariées ; sur ce nombre 185 avaient de l'adénite et 58 n'en avaient point.

Sur 189 enfants ayant de l'adénite la relation entre les dents cariées et l'hypertrophie des ganglions s'observait dans 151 cas, chez 34 l'hypertrophie ganglionnaire avait certainement une autre cause.

(*British journal of dental science.*)

Nota. — On doit remarquer que les adénites étaient peut-être préexistantes.

XII. — Blanchiment des dents.

Saturer la dentine de peroxyde de sodium concentré, traiter ensuite à l'acide chlorhydrique étendu afin de neutraliser l'alcali. Laver enfin à l'eau chaude. (*E. C. Kirk.*)

XIII. — Les effets de la chaux sur les dents.

Il est établi que, chez les jeunes chiens qui n'ont pas fini leur croissance, non seulement les os, mais encore tous les organes, souffrent de l'insuffisance des sels de chaux dans la nourriture. Ersin Voit a fait des études microscopiques et chimiques sur les dents de jeunes chiens en croissance, de petites et de grandes variétés, et il a trouvé une insuffisance de phosphore et de chaux chez ceux qui avaient manqué de sel

et de chaux dans leur nourriture. Un chien, qui avait subi cette privation de chaux pendant 162 jours, avait les dents dans un état de développement très imparfait. Une autre fois Voit lui-même donna à un chien durant 28 jours une nourriture où il n'y avait pas de chaux, et il put constater que les os et les dents étaient dans un état avancé de rachitisme. Un autre écrivain prouve aussi que, pendant la croissance des dents et durant la période d'ossification du squelette, la nourriture doit contenir des sels de chaux en abondance, et cela dans des conditions favorables à une prompte assimilation.

(*La Santé.*)

XIV. — Nez et pharynx nasal.

Coryza et catarrhe des voies aériennes supérieures. (M. Winsche.)

M. Winsche préconise le menthol en dissolution dans du chloroforme. Cet auteur prétend que 10 grammes de chloroforme tenant en dissolution 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de menthol suffisent pour couper le coryza à ses débuts, et que ce remède est de plus un excellent prophylactique contre l'influenza.

Mode d'emploi : on verse de 4 à 6 gouttes de la solution de menthol dans le creux de l'une des mains, on frotte ensuite l'une contre l'autre les deux paumes de la main et on aspire par la bouche et le nez les vapeurs qui se dégagent dans ces conditions.

Le coryza se trouve souvent coupé après la première inhalation; mais on fera bien de recommencer les inhalations une ou deux fois dans le courant de la journée. Quand il existe des douleurs pharyngées, elles sont rapidement atténuées. Après une courte exacerbation, le catarrhe nasal s'arrête très vite.

(*Therapeutische Monatshefte.*)

XV. — Abcès froid de la langue (Auclaire.)

Un malade présentant des signes de tuberculose pulmonaire était atteint d'une ulcération siégeant à 2 centim. en arrière de la pointe de la langue ; cette ulcération reposait sur une base fluctuante. Par la ponction, on retira un liquide où l'on ne put constater la présence de bacilles tubercules. Un cobaye qui fut inoculé mourut de tuberculose en quelques semaines.

Le malade mourut de phtisie pulmonaire. A l'autopsie on constata que l'abcès de la langue était vide et qu'au-dessous le tissu était rosé, embryonnaire et présentait une série de granulations tuberculeuses de couleur jaunâtre.

(*Soc. anat., 3 janvier 1896.*)

XVI. — De la stomatite impétigineuse et en particulier de ses accidents laryngés (Vallet.)

La stomatite impétigineuse doit prendre place parmi les différents genres de stomatite. Cette affection se caractérise par des pustules recouvertes d'une croûte noirâtre montrant au-dessous de celle-ci une muqueuse rouge, saignante et une ulcération à bords légèrement frangés. Ce sont les lésions de la commissure labiale. Dans l'intérieur de la bouche existent des plaques recouvertes d'une fausse membrane d'un gris jaunâtre, quelquefois assez brillante et comme cireuse, se détachant très difficilement. Ces plaques évoluent en trois périodes.

Première période. — Le premier jour, toutes les plaques sortent ; à ce

moment c'est un petit point blanchâtre, légèrement acuminé, qui a plutôt l'air d'un bouton d'herpès que d'une plaque impétigineuse ; c'est une période éphémère.

Deuxième période. — En peu de temps, un jour ou deux, le point blanc s'accroît de façon à ressembler à une fausse membrane ; cette période dure du premier au troisième jour environ, car les plaques augmentent plus ou moins. C'est à ce moment surtout la période douloureuse, d'autant plus que les plaques sont plus confluentes ; la douleur est parfois intolérable, renouvelée à tout effort de déglutition ou au moindre attouchement.

Les plaques des commissures, principalement, revêtent un caractère spécial ; au contact de l'air il se forme des croûtes rougeâtres, fendillées, qui au moindre mouvement se détachent légèrement, parfois tout à fait, et laissent à nu une surface saignante très douloureuse. Ou bien encore les enfants les arrachent. Sur les lèvres il en est de même ; toutefois l'haleine n'est pas trop fétide.

Troisième période. — La période de réparation commence vers le troisième ou quatrième jour. Suivant que les plaques de la bouche sont sorties plus ou moins vite ou se sont agrandies de plus en plus, la fausse membrane qui la recouvre diminue, et bientôt elle revient à l'état de simple point. Mais les plaques de la pointe ou des environs sont toujours les dernières à disparaître.

Lorsque la stomatite impétigineuse est accompagnée d'accidents laryngés, on peut la confondre avec la stomatite diphtéritique.

Il est nécessaire de faire soigneusement son diagnostic bactériologique.

Dans certains cas, avant de faire le diagnostic on doit recourir à l'injection de sérum de Roux.

(*Thèse de Bordeaux*, 1895.)

XVII. — Des polypes de la cavité buccale. (Guitard).

Les polypes ou tumeurs bénignes pédiculées de la cavité buccale sont des affections très rares, et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une monographie.

Dans la bouche proprement dite on peut les observer à la face interne de la joue, ou implantés sur la voûte palatine.

Ils peuvent appartenir à quatre variétés anatomo-pathologiques :

A. — Les polypes muqueux ;
B. — Les polypes fibreux ;
C. — Les lipomes pédiculés ;
D. — Les lipomes myxo-fibro-lipomateux.

Il en est parmi ces tumeurs qui, par leur apparition dans la première enfance, peuvent trouver leur explication dans un arrêt de développement du bulbe dentaire, dans une persistance des caractères fœtaux de la muqueuse génienne en un point.

D'autres sont acquises ; le traumatisme souvent répété, causé par des dents cariées, a pu jouer un rôle prédisposant.

La symptomatologie de ces tumeurs peut se résumer en ces trois termes :

A. — Sensation de corps étranger s'interposant entre les dents (la tumeur peut même être mâchée avec les aliments).
B. — Hémorrhagies.
C. — Fétidité de l'haleine due à des points de sphacèle sur la tumeur et infections microbiennes à ce niveau.

Le diagnostic est facile ; l'examen direct et la marche de l'affection

permettant de différencier les polypes des autres tumeurs bénignes ou malignes à symptômes similaires et des ulcérations végétantes.

Le pronostic est bénin, sauf complications imprévues (hémorrhagies chez les hémophiles).

Le meilleur mode de traitement est l'ablation chirurgicale, suivie de l'antisepsie de la bouche.

(*Thèse de Bordeaux*, 1895.)

XVIII. — Des anomalies dentaires dans la syphilis acquise.

Par M. E. Welander.

On sait que certaines malformations dentaires sont, depuis Hutchinson, considérées avec raison comme un signe révélateur de la syphilis constitutionnelle. Cependant il y aurait lieu de se demander si ces dents hutchinsoniennes ne pourraient pas aussi s'observer chez des sujets ayant acquis la syphilis peu de temps après la naissance, c'est-à-dire à une époque où la maladie est capable d'influencer le processus de la dentition.

M. le professeur A. Fournier, qui, d'après l'auteur, aurait été jusqu'ici le seul à soulever cette question, admet théoriquement la possibilité de la production d'anomalies dentaires sous l'influence d'une syphilis acquise dans la première enfance ; mais il fait remarquer qu'aucune observation clinique ne peut encore être invoquée à l'appui de cette opinion. Or, M. Welander relate précisément un fait concluant de ce genre qu'il lui a été donné d'observer tout récemment à l'hôpital Saint-Gœran à Stockholm.

Ce cas a trait à un garçon de treize ans, issu de parents indemnes de toute tare syphilitique, mais qui avait été contaminé, vers l'âge de trois à quatre mois, par sa nourrice, atteinte de syphilis.

Au moment où M. Welander l'examina, le malade était affecté de kératite interstitielle et de périostite du tibia gauche ; en outre, on constatait chez lui les altérations dentaires suivantes : les incisives moyennes supérieures présentaient sur leur bord une excavation semi-lunaire ; elles étaient petites et courtes ; cependant leur couronne n'était pas altérée. Les incisives latérales supérieures n'étaient le siège d'aucune érosion, mais ces dents étaient petites et vicieusement implantées. Le long du bord libre et sur la couronne des quatre incisives inférieures on apercevait des érosions multiples caractéristiques. Enfin, les quatre canines présentaient à leur extrémité une excavation en forme de coupe au centre de laquelle se trouvait une pointe de dentine. Les autres dents étaient normales.

Il s'agissait donc dans ce cas d'altérations dentaires hutchinsoniennes portant sur les incisives et les canines, c'est-à-dire sur des dents dont l'ossification commence vers l'âge de cinq à sept mois, époque à laquelle le petit malade devait se trouver en pleine diathèse syphilitique.

(*Semaine médicale.*)

XIX. — Obturations adhésives.

Un fragment de gutta-percha, proportionné aux dimensions de la cavité, chauffé et touché avec de l'essence de cajeput, adhérera aux parois en le comprimant avec la force voulue. En frottant ensuite la surface avec du papier trempé dans la même essence, on lui donne un beau poli.

(H.-C. Meriam.)

XX. — Dévitalisation des pulpes sans douleur.

Préparez une pâte avec des cristaux de cocaïne et de l'arsenic par parties égales, et avec de la créosote de bois. Appliquez-en sur la pulpe mise à nu et recouvrez d'oxyphosphate. Laissez à demeure pendant trois ou quatre jours. Cette préparation, en s'absorbant très lentement et grâce à l'action analgésique de la cocaïne, mortifie la pulpe sans douleur et l'extraction se fait également sans souffrance.

(R.-D. Crutcher.)

XXI. — Obturation des canaux radiculaires.

La cire d'abeilles introduite sur des fibres de coton ou de la soie floche constitue « une obturation parfaite, non irritante, non conductrice, de manipulation facile et rapide, et opposant une barrière complète aux microbes ; le feu seul peut la détruire ». On l'introduit sur une broche chauffée pour faire couler la cire.

(Southern Dental journal.)

XXII. — Diagnostic des masses calcaires dans la pulpe.

On gratte la dent suspecte avec l'ongle ou un excavateur. Si l'irritation est due à la présence de concrétions pierreuses dans la pulpe, la douleur s'exaspère par la vibration ainsi produite à la surface de la dent.

(Dr Thomas.)

XXIII. — Coiffage des pulpes dénudées.

L'oxysulfate, mêlé en consistance assez ténue pour se suspendre en une petite goutte à l'extrémité de l'excavateur, et portée sur le point dénudé, s'étalera à la surface avec une grande égalité formant une coiffe parfaite, sans une trace de pression. Le mélange durcit en deux minutes.

(W.-D. Miller.)

XXIV. — Blanchiment des dents.

L'ancien procédé par la solution de Labarraque, avec une application alcaline consécutive et dessiccation de la cavité, est probablement la méthode la plus simple et celle qui offre la plus grande probabilité de succès durable.

(Items of Interest.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. — Note sur l'emploi du carbonate de strontium dans les préparations dentifrices.

Par M. E. Métral,

Professeur à l'École dentaire de Genève.

Tout d'abord, sans énoncer les propriétés générales du strontium et de ses composés, nous insisterons néanmoins sur leur non-toxicité, aujourd'hui nettement établie par les expériences du Dr Laborde. Ce qu'il importe de rappeler surtout au point de vue chimique, c'est que les sels de strontium se trouvent à l'état naturel sous forme de carbonate et de sulfate, le plus souvent unis à la baryte ; il est nécessaire avant tout de les débarrasser soigneusement et aussi complètement qu'il est possible de cette dernière qui, elle, est éminemment toxique et peut apporter à la strontiane une nocivité qu'elle n'a pas par elle-même. On ne saurait donc jamais trop s'assurer de la pureté chimique des composés du strontium appliqués à la thérapeutique.

Le carbonate de strontium se rencontre à l'état naturel et est alors connu sous le nom de strontianite ; des gisements de ce minéral existent à Strontian, en Ecosse, et à Salzbourg, en Autriche. On le trouve dans un grand nombre d'eaux minérales; les eaux de Vichy en contiennent de 3 à 5 milligrammes par litre (Bouquet), les eaux de Carlsbad et même les eaux de la mer en contiendraient également (Wurtz).

Le carbonate de strontiane naturel a une réaction faiblement alcaline, sa densité est de 3.60 à 3.71 ; il est isomorphe avec l'aragonite et cristallise sous forme de prismes orthorhombiques.

Le carbonate de strontiane pur se prépare soit en précipitant une solution d'azotate de strontiane par un mélange de carbonate d'ammonique et d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate de strontiane par des solutions de carbonates alcalins.

Ce composé se présente sous la forme d'une poudre d'un blanc éclatant, très douce au toucher, à réaction très légèrement alcaline, insipide et inodore. Sa densité égale 3.55. Il est soluble dans 12.500 parties d'eau froide ; il est plus soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique ; inaltérable à l'air, il résiste à la chaleur rouge ; à une température plus élevée, il fond et perd peu à peu son acide carbonique.

Ce sel était jusqu'ici sans emploi médical ; l'étude de ses propriétés m'a conduit à l'expérimenter comme dentifrice, et les raisons suivantes me le font préférer aux corps qu'on emploie pour cet usage :

1° Son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie dont l'action est trop faible, et celui de la pierre-ponce qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité. C'est ce qu'ont démontré de nombreux essais sur des dents extraites, soumises à l'action de la brosse imprégnée de ces différentes substances ;

2° Sa réaction légèrement alcaline est un avantage, les acides étant la cause initiale de la carie ;

3° Son emploi est agréable par ce fait qu'étant onctueux, il s'attache à la brosse et aux dents et ainsi ne présente pas l'inconvénient de certaines poudres qui, se répandant dans la cavité buccale, pénètrent dans le pharynx et y déterminent une sensation de chatouillement, la toux et parfois des nausées ;

4° Son prix de revient presque nul ne s'oppose pas à la généralisation de son emploi ;

5° Les sels de strontium paraissent exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excreta organiques. Il résulte des expériences du docteur Laborde que leur élimination par les matières fécales et leur présence dans l'intestin sont incompatibles avec le développement et l'existence du tœnia, parasite familier du chien.

Préparations : le carbonate de strontium peut parfaitement être employé seul, mais je préfère l'associer à un corps anti-fermentescible tel que la fleur de soufre ; il constitue aussi un dentifrice parfait à tous les égards.

Voici les formules que j'ai adoptées :

Poudre dentifrice.

1° R)	Carbonate de strontium	ãã 15 grammes.
	Fleur de soufre	
	Essence de roses	6 gouttes.

M. S. A.

Cette poudre est insipide et d'un emploi agréable.

Pate dentifrice.

2° R)	Carbonate de strontium	6	gr. »
	Fleur de soufre	3	gr. »
	Savon médicinal	13	» 50
	Essence de roses	6	gouttes
	Mucilage de gomme arabique et glycérine.	ãã	q. s.

(*Union pharmaceutique.*)

II. — Note sur l'emploi du chlorhydrate de safranine en art dentaire (phénosafranine).

Par M. Métral.

Le produit employé par M. Métral pour colorer les pâtes, poudres et élixirs dentifrices, est la safranine B extra. Sa quantité doit être très petite, vu son énorme puissance de coloration. Voici la for-

mule d'élixir adoptée par M. Métral, préparation antiseptique, astringente, aromatique et d'une couleur engageante :

R) Salol	2 gr.
Esprit de lavande	15 »
— de mélisse	15 »
— de Cologne	90 »
Tannin	2 »
Chlorhydrate de safranine	0 » 03
Saccharine	0 » 25
Essence de menthe poivrée	12 gouttes
M. S. A.	

Quelques gouttes d'une solution alcoolique de safranine à 1/1200 donnent au carbonate de strontium une couleur rose très supérieure aux colorations obtenues avec d'autres produits. Les préparations à la safranine ne tachent ni linge ni brosse, et on obtient la coloration uniforme sans triturer longuement. Enfin, ce corps pourrait servir à colorer en rose la poudre de riz.

(*Union pharmaceutique.*)

III. — Deux cas d'intoxication par l'acide borique.

Par M. Branthomme [1].

Les faits observés par M. Branthomme prouvent que l'acide borique est moins inoffensif qu'on ne le croit.

Une femme de 55 ans, non diabétique, était atteinte d'un anthrax de la région dorsale ; trois jours après avoir pratiqué une incision, M. Branthomme fit appliquer sur l'anthrax des cataplasmes préparés avec un mélange à parties égales de farine de lin et d'acide borique pulvérisé ; de plus, la malade prenait chaque jour 2 grammes d'acide borique et 2 grammes de chloral. Le quatrième jour de ce traitement, bien que la plaie fût très belle, la malade fut prise d'insomnie ; elle éprouvait sur toute la peau une sorte de cuisson ; sur la face et sur le corps apparurent de vastes placards rouges, d'apparence érysipélateuse ; la face et le cuir chevelu étaient tuméfiés ; avec cela une soif très vive. Tout traitement fut suspendu, et les phénomènes ci-dessus décrits s'amendèrent rapidement. Quelques jours après, M. Branthomme fit reprendre le chloral, afin de voir si les accidents observés devaient être imputés à ce médicament; mais rien de pareil ne se reproduisit.

Plus tard, M. Branthomme eut à soigner un autre malade de 65 ans, arthritique, mais non diabétique, atteint d'un anthrax de la nuque. Il l'incisa, et, deux jours après l'opération, il institua un traitement local consistant à saupoudrer abondamment la plaie d'acide borique non pulvérisé, se promettant de surveiller l'action de ce médicament. Le troisième jour, la plaie avait très bel aspect, mais il se déclara une poussée d'eczéma généralisé, par petites plaques peu suintantes ; en même temps, il y eut perte d'appétit, somnolence ; plus tard, apparurent des vomissements, des sueurs

1. *France médicale*, 14 février 1896, et *Répert. de pharmacie.*

profuses et de la prostration ; le malade succomba, bien que les applications d'acide borique eussent été supprimées.



NOUVELLES.

M. Choquet a été nommé membre du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France.

La Société dentaire américaine d'Europe tiendra sa 21e réunion à Dresde les 3, 4 et 5 août 1896, sous la présidence de M. Spaulding, de Paris.

Le 68e congrès des naturalistes et médecins allemands aura lieu à Francfort-sur-le-Main du 21 au 26 septembre prochain. Il comprendra une section de dentisterie (la 22e).

A l'occasion de ce congrès, il sera organisé une exposition dentaire destinée aux appareils et instruments servant à l'étude et à l'enseignement de l'art dentaire.

Il a été fondé le 15 mars dernier au sein de la Société des médecins de Budapest une section de stomatologie sous la présidence du Dr Arkövy. Cette Société tiendra 4 séances par an, le 1er mercredi des mois de février, avril, novembre et décembre.

La Société dentaire de Budapest organise pour les 28, 29 et 30 août, à l'occasion de l'Exposition du millénaire, un congrès dentaire auquel elle invite les dentistes des autres pays.

Les clichés qui doivent illustrer l'article du Dr Sauvez sur l'or de Trey, annoncé dans notre dernier numéro, n'ayant pu nous être livrés à temps, nous nous trouvons contraints d'ajourner encore la publication de cette communication. Nous en exprimons nos excuses à nos lecteurs.

N. D. L. R.

M. Papot a été nommé président de l'Association générale des dentistes de France, M. Richer, vice-président et M. Choquet, secrétaire-adjoint.

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. William H. Dwinelle à l'âge de 76 ans. Il avait été l'un des fondateurs du premier collège dentaire en 1840 et de l'*American Journal of dental science.* L'un des premiers il avait pris des empreintes de la bouche au plâtre.

James E. Garretson, professeur de chirurgie dentaire au collège dentaire de Philadelphie, auteur d'un ouvrage assez estimé, est également décédé.

Nous apprenons à la dernière heure la mort de notre confrère J.-B. Jourd'heuil, à l'âge de 53 ans.

Jourd'heuil avait été un des principaux fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris : il avait été membre de la Commission d'organisation et rapporteur de celle-ci au *Cercle des dentistes* en 1879. Depuis il occupa de nombreuses fonctions à l'Ecole et fit notamment partie pendant longtemps du Conseil de direction.

Nous envoyons à sa famille nos bien sincères condoléances.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

RAPPORT

Du Comité de rédaction du journal sur le projet de révision du traité conclu entre l'Association générale des dentistes de France et la Société de Publications Odontologiques concernant la fusion de leurs journaux *l'Odontologie et la Revue internationale d'Odontologie.*

Par M. d'Argent.

Le décès de notre estimé et regretté confrère et ami Paul Dubois, survenu si soudainement et dans des circonstances si impressionnantes, a produit sur les membres de notre groupe une sensation de stupeur, mêlée d'une profonde pitié.

Avec une spontanéité et une solidarité merveilleuses, tous nos sociétaires se sont réunis dans un même sentiment d'estime sincère pour l'ami qui leur était enlevé, offrant leur assistance généreuse et leur concours le plus complet pour réparer le malheur arrivé et rétablir l'équilibre rompu dans les forces vives de notre Institution. En un mot, non seulement nous nous sommes concertés pour encourager et soutenir ses proches si cruellement atteints, mais nous avons serré les rangs pour maintenir le fonctionnement régulier de

nos différents services, privés d'un de leurs chefs les plus actifs et les plus attachés.

Sans conteste, des fonctions remplies par M. Dubois, celle qu'il occupait au journal était de beaucoup la plus importante, et notre éminent collaborateur aurait pu dire, en s'appliquant un mot célèbre : « Le journal, c'est moi », car il en incarnait tous les rouages.

Ce n'est pas sans une certaine anxiété, on le comprend, que le Comité de rédaction se vit subitement investi de la charge de pourvoir au remplacement de l'ardent travailleur qu'était Dubois ; mais il dut prendre ses dispositions pour s'en acquitter convenablement, car il était désigné pour cette mission par le traité conclu, le 1er janvier 1894, entre l'Association générale des dentistes de France et la Société de Publications Odontologiques et dont l'article 8 est ainsi conçu :

« En cas de décès ou de démission du fondé de pouvoirs actuel
» de la Société de Publications Odontologiques, M. Paul Dubois,
» son remplaçant sera proposé par le Comité de rédaction au
» Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de
» France, qui décidera. Auparavant le décédé ou le démission-
» naire aura été remplacé dans le Comité de rédaction par un de
» ses associés de la Société de Publications Odontologiques. »

En exécution de ce dernier paragraphe, les membres de la Société de Publications Odontologiques se sont réunis en une assemblée plénière comprenant MM. Blocman, Chauvin, Godon, Heïdé, Papot, Ronnet et Roy, pour nommer le remplaçant de leur délégué au Comité de rédaction et ont fixé leur choix sur M. Heïdé.

Après quelques observations très judicieuses présentées par M. Godon, ils ont ensuite décidé d'étendre l'examen de la question. Au préalable, ils ont déclaré se tenir à la disposition de l'Association générale pour continuer l'exécution du traité dans toutes ses stipulations ; mais considérant :

Que le contrat qui lie les deux groupes a été conclu le 15 janvier 1894 pour une période de 9 années, dont il reste conséquemment 7 années à courir ; qu'en acceptant cette restriction par votation, les membres de l'Association Générale étaient unanimes à regretter que la fusion définitive des deux journaux ne fût que différée, car le courant de conciliation qui avait décidé le rapprochement des parties contractantes, paraissait impliquer une union immédiate et complète, sans conditions ; que les membres de la Société de Publications Odontologiques opposaient à cette objection qu'ils auraient volontiers souscrit dans cette forme si les événements des dernières années ne les avaient en quelque sorte invités à une certaine circonspection, surtout que leur capital constitutif n'était pas remboursé, que le délai de 9 années qu'ils proposaient devait précisément assurer cet amortissement et que, de plus, ils ne voulaient pas être soupçonnés d'en grever la caisse de l'Association générale ;

Considérant en outre et reconnaissant aujourd'hui, après deux années de travaux en commun, que l'union est parfaite, sincère et durable et qu'elle a justifié les prévisions les plus optimistes ;

Que, de plus, la prospérité du journal s'est accrue dans de telles proportions que l'amortissement du capital engagé par les fondateurs de la *Revue Internationale d'Odontologie* et dont le solde se monte actuellement à 2.254 francs, ne peut plus être mis en doute, puisque la portion de bénéfices disponibles pour l'année 1895 s'élevait à 437 fr. 28, annuité pouvant atténuer le capital en cinq ans ;

Ils estiment, en conséquence, que la Société de Publications Odontologiques ne voit plus aucune cause s'opposant à ce que la fusion des deux journaux soit complète et définitive et décident de se rallier au vœu de l'Association générale des dentistes de France rappelé ci-dessus.

En ce qui concerne le capital leur restant dû, soit 2.254 francs, les membres de la Société de Publications Odontologiques sont d'avis que son remboursement par l'Association générale en 5 années est profitable à cette dernière Société.

En conséquence, ils lui proposent la fusion définitive des deux journaux avec remboursement de leur capital, soit 2.254 fr. et, en cas d'acceptation, ils décident d'en faire don à la souscription ouverte en faveur de la veuve et des enfants de leur infortuné confrère.

Votre Comité de rédaction, saisi de ces propositions, qu'il a très sérieusement examinées, a été unanime à les approuver et à louer les nobles sentiments auxquels ont obéi les membres de la Société de Publications Odontologiques et il vous les présente à son tour, pour que vous leur donniez votre sanction et que vous les fassiez ensuite ratifier par l'assemblée générale.

PROJET DE RÉORGANISATION DU JOURNAL L'ODONTOLOGIE

Rapport présenté par M. P. Martinier, au nom du Comité de rédaction, au Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France et soumis à l'approbation de l'assemblée générale du 17 mai 1896.

Messieurs,

Avant de vous donner lecture du projet de règlement que nous vous soumettons pour la réorganisation du journal de notre Société, il est nécessaire de vous indiquer aussi brièvement, mais aussi nettement qu'il est possible, les raisons qui ont présidé à son élaboration.

Vous avez pu vous étonner du retard apporté au remplacement de celui qui était à la tête de votre journal. La raison en est que ceux auxquels il appartenait d'assurer régulièrement la nomination du successeur de P. Dubois, ont hésité quelque peu devant les difficultés soulevées par cette mort inattendue.

Mon ami d'Argent vous a saisis tout à l'heure d'une proposition dont l'exposé vous a fait connaître la voie que nous avons dû suivre jusqu'à ce jour pour pourvoir à ce remplacement dans les

meilleures conditions possibles, et vous êtes tous convaincus que, si l'homme dont nous regrettons la perte prématurée était difficile à remplacer, notre organisation, elle aussi, devait être modifiée dans le sens de la simplification des rouages. Nous avons donc pensé répondre à un désir général en cherchant à donner à notre journal une organisation nouvelle, dont les statuts nous permettent de ne plus nous retrouver dans cette situation embarrassante, et qui réponde aussi exactement qu'il est possible aux aspirations des différents groupes qui gravitent autour de notre Société.

Une nouvelle organisation, basée sur un grand cadre, absolument impersonnelle, s'impose. Ce n'est qu'avec ce moyen, en mettant de côté toute question de personnes, que nous pourrons arriver à fixer les bases durables et précises sur lesquelles doit reposer un organe de l'importance de *l'Odontologie*.

Il ne faut plus que le remplacement d'un fonctionnaire de ce journal, fût-il le Directeur, puisse mettre en péril sa situation ou tout au moins demander plusieurs mois pour être effectué.

De plus, puisque nous avons la préoccupation de créer une organisation définitive, il était indispensable, à notre avis, de faire en sorte que le journal, quoique étant l'organe incontesté de l'Association générale des dentistes de France, fût bien l'émanation de ce qu'il est réellement, c'est-à-dire de cette Association, de l'Ecole dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris qui, en somme et dans la pensée de nous tous, ne doivent former qu'une seule et même Société. C'est même à cette unification que nous devons notre succès, et il importe de constater une fois de plus que les divers groupes de notre Société sont solidaires les uns des autres et que leur séparation serait des plus préjudiciables aux uns et aux autres.

Du reste, leur séparation qui, légalement et officiellement, a été admise, ne l'a pas été de fait, et cela est si vrai que la majorité des membres des différents conseils, Association générale ou Ecole, se trouve être formée des mêmes membres, car les électeurs ont envoyé les mêmes dans les Conseils des deux Sociétés.

C'est dans le but de rendre cette union plus complète et plus efficace encore que nous vous présentons notre projet, persuadés qu'en vous le soumettant tel qu'il est, c'est-à-dire conçu avec la préoccupation de laisser de côté les questions de personnes qui ne pourraient donner lieu qu'à des discussions, nous avons rempli notre devoir et atteint notre but. Nous croyons donc utile de vous proposer des statuts réglementant l'organisation de notre journal, pour en permettre la gestion absolument impersonnelle et pour répondre aux besoins et aux desiderata de nos différents groupes, en même temps qu'ils assureront au journal la continuation du succès dans lequel notre regretté Directeur l'avait si bien engagé à force de travail, de talent et de dévouement.

C'est aussi avec la pensée d'étendre le plus possible l'autorité, la variété et le nombre des articles originaux de notre organe, ainsi que pour lui créer de nouveaux débouchés dans un public extra-profes-

sionnel que nous vous proposons la création d'une liste de principaux collaborateurs, choisis par le Comité d'administration et de rédaction parmi des éléments étrangers à nos Sociétés, mais qui, par leur talent ou leur notoriété, pourront nous apporter un concours utile.

Le journal réalisant chaque année des bénéfices, il nous a semblé équitable d'indemniser dans une certaine mesure les différentes personnes qui doivent y consacrer leur temps et une somme très considérable de travail, soit au point de vue de la rédaction, soit au point de vue de l'administration. Nous souhaitons même qu'à partir du chiffre de 10.000 fr., atteint par les recettes du journal, les bénéfices soient partagés, comme dans l'ancien traité, par moitié entre ces personnes et l'Association, et cela dans l'intérêt même du journal et dans un but d'émulation naturelle à sa prospérité, car les responsabilités que P. Dubois assumait seul sont lourdes et absorbantes, même réparties aussi largement que nous l'avons fait.

Nous vous prions d'examiner ce projet avec attention et de nous indiquer les modifications qu'il vous semblerait nécessaire d'y introduire.

Si l'assemblée les trouve justes et les approuve après le passage au crible de la discussion, elles seront bien accueillies, car, nous vous le répétons, notre seul but est de doter l'*Odontologie* d'un règlement absolument impersonnel, nous donnant la certitude de laisser entre les mains du nouveau Comité un journal dont l'organisation comportera tous les éléments de succès.

Ce projet, s'il était adopté, nécessiterait une modification des statuts de l'Association générale des dentistes de France en ce qui concerne le dernier paragraphe de l'article 31, page 7.

Projet

De règlement du journal, adopté par le Comité de rédaction, présenté au Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, pour être soumis à l'assemblée générale du dimanche 17 mai 1896, et portant modification du dernier paragraphe de l'article 31 des statuts de ladite Association.

Le journal l'*Odontologie*, propriété de l'Association générale des dentistes de France, est réorganisé à partir du....., avec les modifications suivantes portant sur :

1° La Direction,
2° La Rédaction,
3° L'Administration.

Direction.

Le journal est dirigé par un Directeur. Ce Directeur est choisi par le Conseil de l'Association générale des dentistes de France, auquel s'adjoindront le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et le bureau de la Société d'Odontologie.

Il est élu pour une année et rééligible chaque année.

Il a la direction politique du journal et préside le Comité d'administration et de rédaction du journal.

Il représente dans le journal les intérêts de l'Association, de l'Ecole et de la profession et il est chargé de les défendre ou de les faire défendre par des articles toutes les fois qu'il y a lieu.

Il veille à ce que tout ce qui concerne les divers groupements dont le siège est 57, rue Rochechouart et 4, rue Turgot, soit inséré dans le journal (pétitions aux pouvoirs publics, projets de loi, lois, décrets, règlements, avis d'examens à la Faculté, concours à l'Ecole, nominations dans le corps enseignant, comptes-rendus des assemblées générales, procès-verbaux des Conseils de direction, des Congrès, de la Société d'Odontologie, statuts, etc.).

Il s'assure que les opinions soutenues dans la partie scientifique du journal ne sont pas de nature à nuire au bon renom du journal et ne sont pas contraires aux doctrines admises à l'Ecole.

Il prend l'avis du Comité d'administration et de rédaction toutes les fois que des intérêts sérieux sont engagés ou que le caractère ou l'importance de la décision à intervenir ou de la marche à suivre est de nature à le comporter.

Rédaction.

La rédaction du journal comprend :

1° *Un rédacteur en chef.*

chargé de la partie scientifique du journal.

Ce rédacteur est nommé par le Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France, auquel s'adjoignent le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et le bureau de la Société d'Odontologie, sur la proposition du Comité de rédaction actuel ou d'une commission nommée à cet effet et qui devra présenter en séance des Conseils réunis une liste de candidats proposés par elle, dont l'ordre sera établi d'après l'examen des titres des différents candidats.

Le rôle du rédacteur en chef est d'assurer pour chaque numéro un certain nombre d'articles, de communications, de travaux, traductions, etc., dus à son initiative propre ou émanant de collaborateurs étrangers ou non aux Sociétés du 57 de la rue Rochechouart et 4, rue Turgot, payés ou non, et traitant de questions diverses, mais appartenant uniquement au domaine de l'art dentaire ou des sciences qui s'y rattachent.

Il devra fournir chaque année un minimum de copie fixé à 200 lignes par numéro. C'est à lui que devra être adressée la correspondance relative à la rédaction. Il en signera les réponses. Il recevra une indemnité annuelle de 1.200 fr.

Le rédacteur en chef est assisté dans sa tâche par le secrétaire de la rédaction, auquel il donne les instructions nécessaires. Il assiste, en qualité de vice-président, aux réunions du Comité d'administration avec voix délibérative.

2° Un secrétaire de la rédaction.

Le Secrétaire de la rédaction seconde le rédacteur en chef.

Il est nommé, comme les précédents fonctionnaires, sur la proposition de la Commission, après examen des titres par les Conseils réunis.

Il est chargé d'opérer le classement des éléments dont chaque numéro du journal se compose, revoit les manuscrits avant leur envoi à l'imprimeur, corrige les épreuves et communique aux auteurs des épreuves de leurs articles.

Il correspond avec les auteurs d'articles et les journaux français et étrangers.

Il doit fournir le résumé des comptes-rendus des sociétés françaises et étrangères et le texte d'articles divers (comptes-rendus, solennités, banquets, nouvelles, etc.).

Il reçoit une indemnité annuelle de 600 fr.

Il prend part, en qualité de secrétaire, aux séances du Comité d'administration et de rédaction avec voix délibérative.

Principaux collaborateurs.

Le Comité d'administration et de rédaction du journal prononcera l'admission, comme principaux collaborateurs, dont les noms figureront en première page du journal, d'une liste de collaborateurs choisis :

1° Parmi les médecins ou dentistes français ou étrangers jouissant d'une notoriété professionnelle, faisant partie ou non de nos Sociétés ;

2° Parmi les membres du corps enseignant de notre Société ayant donné depuis 3 ans un certain nombre d'articles ou communications soit au journal, soit à la Société d'Odontologie.

Ces différents collaborateurs devront assurer chacun à la rédaction du journal au moins un article par an.

Administration.

L'Administration du journal comprend :

1° Un Comité d'administration et de rédaction ;

2° Un administrateur-gérant.

Comité d'administration.

Le Comité d'administration et de rédaction est ainsi composé :

Le directeur du journal,	Président ;
Le rédacteur en chef,	Vice-Président ;
Le secrétaire de la rédaction,	Secrétaire ;
L'administrateur-gérant,	Trésorier ;

Six membres, qui pourront être pris dans les différents Conseils, dans le bureau de la Société d'Odontologie et dans le corps enseignant de l'Ecole.

Ce comité est élu chaque année par le Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France, auquel s'adjoin-

dront le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et le bureau de la Société d'Odontologie.

Le Comité d'administration et de rédaction est l'auxiliaire du Directeur.

Il se réunit une fois chaque mois pour traiter toutes les questions qui se rattachent tant à la gestion du journal qu'à la voie suivie, et pour soutenir les intérêts de l'Association et de la profession.

Il se prononce également sur la composition du numéro du journal et prend connaissance sur épreuves du numéro qui va paraître. Il fixe en même temps les principaux éléments que comprendra le numéro suivant.

Administrateur-Gérant.

L'administrateur-gérant est nommé, comme les autres fonctionnaires du journal, par une réunion des Conseils d'administration de l'Association, de l'Ecole et du bureau de la Société d'Odontologie.

Ses fonctions consistent à prendre toutes les mesures que comportent l'administration et le fonctionnement du journal.

Il a la responsabilité légale du journal, de la manipulation des fonds et de la comptabilité.

Il est chargé de la correspondance avec les abonnés français et étrangers, fournisseurs ou autres personnes faisant paraître des annonces, de la tenue des livres, de la confection des quittances d'abonnement et d'annonces, de leur recouvrement, de la correspondance avec l'imprimeur, des paiements de diverses natures, de la commande du matériel, de l'envoi du journal et du classement des annonces dans chaque numéro.

Il décide personnellement de toutes les questions de détail se rapportant à sa gestion pure.

Il prend l'avis du Comité d'administration toutes les fois que des intérêts sérieux sont engagés ou que le caractère ou l'importance des décisions à intervenir ou de la marche à suivre est de nature à le comporter.

Il reçoit une indemnité annuelle de 600 francs.

Il prend part, en qualité de trésorier, aux séances du Comité d'administration avec voix délibérative.

Ressources.

L'administrateur-gérant perçoit, au nom du journal, les recettes d'insertions et d'abonnements, ainsi que la cotisation versée par l'Association pour le service du journal à ses membres.

Le prix de l'abonnement reste fixé à 10 francs pour la France et 12 francs pour l'étranger.

Le prix des annonces reste également fixé à 250 francs par page, 130 francs par demi-page et 75 francs par quart de page pour 12 numéros.

Ces prix ne peuvent être modifiés sans le consentement du Comité d'administration du journal.

La cotisation de l'Association est calculée à raison de cinq francs par membre, d'après une liste remise au commencement de chaque semestre par le trésorier de ladite Association.

Cette cotisation est payable en juillet et en janvier.

L'administrateur-gérant du journal devra présenter au Conseil de l'Association en janvier de chaque année un rapport établissant le détail des recettes et des dépenses de l'année expirée. Si le total des recettes dépasse 10.000 francs, la moitié de l'excédent sera attribué à l'Association générale, l'autre répartie entre les divers fonctionnaires. Cette répartition sera établie au prorata de l'indemnité allouée à chacun.

Siège.

Le siège social est fixé au siège de l'Association générale des dentistes de France, 57 rue Rochechouart et 4 rue Turgot. La rédaction et l'administration également.

Démission, décès, etc.

En cas de démission, décès, etc. d'un des fonctionnaires du journal, le Comité d'administration et de rédaction se réunira dans les trois jours qui suivront et présentera huit jours après au Conseil de l'Association générale, auquel seront adjoints le Conseil d'administration de l'Ecole et le bureau de la Société d'Odontologie, réunis à cet effet, une liste de candidats proposés par lui dans l'ordre de ses préférences. La nomination du successeur de ce fonctionnaire démissionnaire ou décédé devra avoir lieu dans cette séance.

Assemblée générale extraordinaire du dimanche 17 mai 1896.

Présidence de M. Papot, vice-président.

La séance est ouverte à 10 heures un quart.

22 membres sont présents.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale a été publié; quelqu'un a-t-il des observations à formuler?

Aucune observation n'est présentée; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

MM. Bonnard, Lecaudey, Lemerle, Prével et Richer, se font excuser de ne pouvoir assister à la séance.

M. Papot. — Messieurs, vous êtes convoqués aujourd'hui en assemblée générale extraordinaire par suite du terrible événement qui nous atteint si cruellement à tant de titres.

L'Association a perdu son président, le journal *l'Odontologie et la Revue Internationale d'Odontologie* n'a plus de directeur : Paul Dubois est mort!

Je ne veux pas retracer ici la vie, les qualités, les travaux du confrère que nous pleurons; d'ailleurs vous trouverez dans le numéro du journal actuellement sous presse le juste hommage et le

tribut de reconnaissance que nous devons à sa mémoire. Qu'il me soit simplement permis d'exprimer une fois de plus les profonds regrets que nous causent la disparition de l'ami et l'extinction de cette activité bouillonnante qui lui permettait d'assumer de si multiples tâches.

* * *

Au lendemain du fatal accident, les bureaux des différentes branches qui composent notre groupement professionnel, se réunissaient et prenaient en commun les mesures que comportait la situation.

Tout d'abord nous avons dû sauvegarder les intérêts matériels de la famille de notre ami ; c'est ainsi que son cabinet, géré dès le premier jour, fut vendu peu de temps après.

Dubois laisse trois jeunes orphelins, c'est une bien lourde charge pour sa veuve !

Nous estimons que nous avons là une dette d'honneur à acquitter.

Avec un désintéressement rare, Dubois a travaillé pour tous ; à nous maintenant de travailler pour les siens ! Inscrivons-nous donc sur les listes de souscription ouvertes en leur faveur et sachons montrer que les dentistes ne sont point des ingrats.

Toutes les souscriptions seront accueillies, les petites comme les grandes, et, pour les faciliter, il a été décidé que leur versement pourrait être fractionné en *cinq annuités*.

Nous voulons espérer, pour l'honneur de notre profession, que cet appel à la solidarité sera largement compris, et que les versements recueillis formeront un capital assez important pour produire une rente annuelle, mettant Mme Dubois, sa vie durant, et ses enfants jusqu'à leur majorité, modestement à l'abri du besoin.

Dans une de ses séances, votre Conseil d'administration a inscrit l'Association générale pour une somme de 1.000 francs. De plus, conformément au vote exprimé dans la dernière assemblée générale (janvier 1896), sur la proposition de M. Dubois lui-même, qui s'exprimait ainsi : « J'ai pensé, pour ma part, que l'accident le plus fâcheux, c'est le décès du chef de famille et que, de ce côté, il est possible d'apporter une petite aide aux membres de l'Association », notre Caisse de prévoyance doit statutairement verser 200 francs.

Votre Conseil a décidé aussi qu'en signe de deuil notre banquet annuel n'aurait pas lieu cette année.

* * *

Les derniers mots tracés par Dubois, étaient le *Bon à tirer* du numéro de mars ; ce numéro, paru après sa mort, vous a été envoyé. Faisant trêve à sa douleur, le comité de rédaction a dû parer au plus pressé et préparer le numéro d'avril que vous recevrez dans quelques jours ; mais là ne se bornait pas sa tâche, il devait exa-

miner les bases d'une nouvelle organisation, car avec Dubois disparaissait la principale force de notre organe qui se trouve dans la situation d'un blessé affaibli par une grande perte de sang.

Nous devons à la mémoire de notre ami de ne pas laisser péricliter l'œuvre qui lui était si chère, et de lui infuser un sang nouveau ; aussi, nous inspirant de la belle devise de notre Association *Union - Progrès*, nous vous convions, en resserrant les liens qui nous unissent tous pour le bon renom de l'art dentaire français, à effacer jusqu'à la dernière trace des divisions d'autrefois.

Etudions ensemble les propositions que nos rapporteurs, MM. D'Argent et Martinier, avec leur compétence accoutumée, vont vous soumettre au nom de votre Conseil d'administration ; elles ont été mûrement élaborées dans le sein du Comité de rédaction ; en les adoptant vous maintiendrez à son rang ce journal qui occupe, sans conteste, la première place parmi les publications dentaires de langue française. Restons unis dans nos efforts, comme nous le sommes dans nos regrets !

La parole est à M. Martinier pour la lecture du rapport de M. d'Argent, empêché.

M. Martinier donne lecture de ce document (Voir p. 302).

M. Papot. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter sur ce rapport ?

M. Rigollet. — Je trouve singulier que pour une assemblée générale il n'y ait que 12 membres.

M. Stevenin. — Le règlement ne prévoit pas de quorum pour délibérer valablement.

M. Godon. — Vous ne pouvez que blâmer les absents.

M. Papot. — Nous avons choisi un dimanche pour que tout le monde pût venir.

M. Rigollet. — Les convocations sont arrivées trop tard.

M. Godon. — L'administration ne peut pas vous convoquer trop tôt, car l'expérience prouve que la convocation qui a le plus de chances d'amener le maximum de membres est celle qui est envoyée 3 ou 4 jours avant la réunion.

M. Papot. — Comme M. Rigollet, je déplore le petit nombre des membres présents.

M. Godon. — Si vous estimez que vous n'êtes pas assez nombreux, vous pouvez fixer une nouvelle assemblée générale.

M. Loup. — J'appuie cette idée.

M. Godon. — Mais ce n'est pas une proposition que je formule, ce n'est qu'une réflexion !

M. Loup. — Alors j'en fais la proposition moi-même, car le projet qui nous est soumis mérite examen.

M. Martinier. — Je combats la proposition. Depuis la mort de M. Dubois, le Comité de rédaction s'est beaucoup occupé du journal et il a pensé nécessaire de vous faire statuer le plus promptement possible pour régler cette situation. Quand nos projets, qui ont été très étudiés et très discutés, ont été prêts, nous avons fixé cette réunion à un dimanche afin d'avoir nos confrères de province.

Si ces derniers ne sont pas venus aujourd'hui, le même fait se reproduira certainement une autre fois. Je demande donc que la séance continue.

M. Rigollet. — Pourquoi vouliez-vous qu'on vînt, puisque nous ne savions pas ce qui nous serait soumis? Si encore nous avions reçu ces rapports à temps, nous aurions pu les examiner.

M. Papot. — On vient de vous en lire un et on va vous lire l'autre.

M. Rigollet. — Cette lecture n'est pas suffisante ; il faut qu'on puisse examiner ces documents chez soi, à tête reposée.

M. Papot. — Il y a un Conseil de direction qui représente l'Association, qui est son mandataire, et qui a approuvé ces rapports.

Un Membre. — Nous pouvons, en effet, exprimer le regret que ce document ne nous ait pas été remis plus tôt.

M. Martinier. — Nous avons eu hier soir, pour plaire aux membres de province, une réunion du Conseil de Direction de l'Association qui devait examiner et approuver ces rapports avant qu'ils vous fussent soumis. C'est pour cette raison qu'il n'a pas été possible de vous les envoyer.

M. Papot. — Les divers comités ont examiné longuement la question de la réorganisation du journal.

M. Loup. — Pourquoi ne les étudierions-nous pas nous-mêmes?

M. Martinier. — Beaucoup de confrères de Paris ont sacrifié un dimanche ; voulez-vous leur imposer un nouveau dérangement?

M. Godon. — En janvier nous n'avions pas plus de membres.

M. Loup. — Le nombre des membres n'y est pour rien ; ce qui importe, c'est que les projets soient examinés.

M. Papot. — Je vais mettre aux voix l'ajournement de l'assemblée générale.

L'ajournement, mis aux voix, n'est pas prononcé.

M. Stévenin. — Le rapport qu'on vient de nous lire ne s'adresse pas à nous. Qu'avons-nous donc à voter ?

M. Papot. — Le rachat de la part appartenant à la Société de Publications Odontologiques s'élevant à 2.254 francs.

M. Godon. — La Société de Publications Odontologiques était adjudicataire de la publication de votre journal pour 9 ans ; elle pouvait donc, aux termes de son contrat, ou continuer cette publication, ou l'abandonner avec tous ses droits moyennant le paiement de 2.254 fr. Votre Conseil, consulté, a émis l'avis que cette cession était avantageuse à l'Association.

M. Loup. — Il ne nous reste plus que l'*Odontologie*, alors ?

M. Godon. — Il nous reste les deux journaux. La Société de Publications Odontologiques vous les cède tous les deux avec ses privilèges ; de sorte qu'en votant les conclusions de M. d'Argent, vous devenez complètement maîtres de votre journal et vous en disposez comme vous l'entendez.

Le rapport de M. d'Argent est mis aux voix et adopté.

M. Papot. — La parole est à M. Martinier pour la lecture de son rapport ?

M. Martinier donne lecture de ce document (Voir p. 304).

M. Papot. — Qui est-ce qui a des observations à présenter à ce rapport.

M. Loup. — Sous la rubrique *Direction* nous trouvons ces mots : « Il s'assure que les opinions soutenues dans la partie scientifique du journal ne sont pas de nature à nuire au bon renom du journal et *ne sont pas contraires aux doctrines admises à l'Ecole.* » Conséquemment, quand nous aurons écrit un article, sous prétexte qu'il contient telles ou telles théories, on en coupera une partie et il sera dénaturé. Or, à la suite d'un incident de ce genre, auquel avait donné lieu un article de M. Marion, il a été décidé que les communications faites à la Société d'Odontologie seraient publiées *in extenso.*

M. Papot. — Le directeur et le rédacteur en chef ne peuvent pourtant pas être contraints d'accepter des idées contraires aux doctrines qu'ils ont mission de défendre !

M. Martinier. — En tant que rapporteur, je ne m'oppose pas à la suppression des mots *et ne sont pas contraires aux doctrines admises.*

M. Godon. — La phrase devient alors « ... ne sont pas de nature à nuire au bon renom du journal et de l'Ecole ».

Cette suppression, mise aux voix, est prononcée.

M. Mahé. — Pourquoi ce critérium de la partie scientifique est-il laissé au directeur ?

M. Papot. — Le directeur est chargé de la direction politique du journal.

M. Mahé. — C'est le rédacteur en chef qui devrait avoir qualité pour juger de la partie scientifique.

M. Stévenin. — C'est le directeur qui a la haute main, et le journal est éclectique au point de vue scientifique.

M. Godon. — Ce journal est notre propriété ; nous ne devons pas admettre dès lors qu'on puisse y publier des choses contraires à notre Société. Il ne faut pas que ce journal, avec son rédacteur en chef, oublie qu'il est notre émanation.

M. Mahé. — Le directeur n'a à intervenir qu'au point de vue professionne l.

M. Levadour. — Il faudrait mettre : « Il a la direction de la politique professionnelle du journal » ; ce serait plus net, car il ne faut pas que le journal soit l'organe d'une coterie.

La partie du projet de règlement intitulée *Direction* est mise aux voix et adoptée.

M. Papot. — Nous abordons la discussion de la partie *Rédaction.*

M. Loup. — Je demande que le rédacteur en chef soit un médecin, chirurgien-dentiste de la Faculté, car nous marchons vers l'avenir.

M. Papot. — C'est bien limitatif.

M. Godon. — Nous avons fait une distinction en mettant un directeur et en prenant notre rédacteur en chef n'importe où. Je croyais que M. Loup allait nous proposer de prendre comme rédacteur en chef un professeur agrégé de la Faculté de médecine, car, avec l'or-

ganisation que nous vous soumettons, il n'y a aucune crainte à avoir de l'absorption du journal au profit d'éléments étrangers à notre profession. Puisqu'il n'en est pas ainsi, je combats la proposition de M. Loup comme restrictive.

M. Loup. — Un agrégé en médecine, s'il n'est pas dentiste, ne saurait nous convenir. Il faut qu'en plus de ses titres médicaux il ait celui de chirurgien-dentiste de la Faculté.

M. Claser. — M. Loup parle de l'avenir ; mais nous ne l'engageons pas, puisque nous ne nommons notre directeur que pour une année. D'ailleurs, ce sont des dentistes qui font cette nomination et les autres, de sorte qu'on peut être bien tranquille sur leurs choix.

M. Martinier. — Je ne vois pas inconvénient à ce qu'on mette que le rédacteur en chef sera chirurgien-dentiste de la Faculté. Cependant notre article est rédigé de façon à admettre tout le monde, à ne fermer la porte à personne ; il est très large : c'est ainsi que nous pouvons choisir un dentiste qui ne soit pas de la Faculté. Nous n'avons pas à spécifier ce titre de chirurgien-dentiste de la Faculté, car l'Association générale est une Société de *dentistes* et non de *chirurgiens-dentistes de la Faculté.*

Un membre. — Je demande que le rédacteur en chef soit pris dans la profession.

M. Loup retire sa proposition.

La partie du projet relative au *rédacteur en chef* est mise aux voix et adoptée.

Il en est de même de la partie relative au *secrétaire de la rédaction.*

M. Papot. — Nous arrivons à la question des *principaux collaborateurs.*

M. Meng. — Pourquoi séparer le corps enseignant de notre Société ?

M. Martinier. — On considère deux catégories distinctes : 1° les médecins ou dentistes ayant une notoriété professionnelle ; 2° les membres du corps enseignant. Ces derniers n'ont pas forcément de la notoriété.

M. Meng. — Mais les membres du corps enseignant font partie de la Société.

M. Loup. — On exige davantage de ceux-ci que des étrangers !

M. Martinier. — C'est vrai, mais c'est à dessein.

M. Papot. — On impose aux étrangers d'avoir de la notoriété ; on ne le fait pas pour les membres du corps enseignant ; il faut donc qu'on leur demande autre chose.

La partie relative aux *principaux collaborateurs* est mise aux voix et adoptée.

Les parties du projet concernant l'*administration*, le *Comité d'administration*, l'*administrateur-gérant*, les *ressources*, le *siège*, les *démission, décès, etc.*, sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. Choquet. — Je vois que le rédacteur en chef reçoit 1.200 fr.

par an, le secrétaire de la rédaction et l'administrateur-gérant chacun 600. Est-ce pour leurs frais de correspondance ?

M. Martinier. — C'est à titre de rémunération pour leurs articles et leur travail.

L'ensemble du projet est mis aux voix et adopté.

M. Papot. — Par suite de l'adoption de ce projet, l'article 31 de nos statuts se trouve modifié et comprend les diverses parties votées.

M. Martinier. — A quelle date désirez-vous prendre possession du journal, ou plutôt faire fonctionner la nouvelle organisation ? Le travail de la commission qui va procéder à l'examen des titres des candidats et à leur classement va être assez long et durera près d'un mois. Comme il y a, d'autre part, des comptes à vérifier et à établir, il conviendrait de fixer la date du 1er juillet.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. Papot. — Notre règlement ne prévoit qu'un secrétaire général dans notre bureau. Comme ce dernier peut être empêché, je demande qu'on décide que le bureau comprendra également un secrétaire-adjoint.

M. Levadour. — Bien des bureaux en ont deux.

M. Martinier. — Mais nous n'avons qu'une réunion tous les trois mois.

La proposition de M. Papot est mise aux voix et adoptée.

M. Papot. — Vous avez à élire un membre du Conseil de direction en remplacement de M. Dubois. Le scrutin est ouvert.

Il est procédé à l'élection qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 20.
Majorité absolue : 11.
Suffrages exprimés : 19.

Ont obtenu : MM. Choquet, 10 voix.
Dr Sauvez, 5 voix.

D'Almen, Levadour, Dr Roy, Contard, chacun 1 voix.

1 bulletin blanc.

M. Papot. — Aucun nom n'ayant réuni la majorité absolue, il y a lieu de procéder à un deuxième tour.

M. Claser propose de voter par mains levées et pose la candidature de M. Choquet.

L'épreuve a lieu par mains levées. M. Choquet est élu.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le Secrétaire général,
Dr Roy.

Comme conséquence des décisions prises par l'assemblée générale, le Conseil de Direction de l'Association, auquel se sont adjoints le Conseil d'administration de l'Ecole et le bureau de la

Société d'Odontologie, a tenu le mardi 25 mai une réunion, *dont le procès-verbal sera d'ailleurs publié plus tard*, pour procéder au choix des divers fonctionnaires du journal.

Après examen de la liste des candidats, il a été procédé au scrutin qui a donné les résultats suivants : ont été élus,

Directeur, M. Godon,

Rédacteur en chef, Dr Roy,

Secrétaire de la rédaction, M. Choquet,

Administrateur-gérant, M. Papot.

La nouvelle organisation aura son effet à dater du 1er juillet prochain.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

A CÉDER à Paris, pour cause de santé, cabinet produisant annuellement de 32 à 33.000 francs encaissés, quartier de la Madeleine, 1er étage. Clientèle riche. Installation de premier ordre. Frais généraux compris : loyer, patente, domestique, fournitures, 8000 francs. Prix : 45.000 francs dont 25.000 francs comptant. Long bail. On resterait à volonté avec l'acquéreur. S'adresser L. G., bureau du journal.

A CÉDER pour cause de santé, dans une grande ville de l'Est, cabinet dentaire, rapport justifié 25.000 fr. et plus, susceptible d'augmentation. Clientèle riche. Prix à débattre. Ecrire G. A. nº 11 au bureau du journal.

ON DEMANDE un associé apportant 5.000 fr. et acquérant de cette façon la moitié d'un cabinet dentaire ayant 20 ans d'existence dans la capitale de la Bretagne, 70.000 habitants. Loyer 1500. Chiffre d'affaires 20.000 fr.
S'adresser à M. le Dr Millard, à Rennes.

M. HÉLOT, 62, rue du Bac, à Paris, demande un opérateur diplômé de l'Etat.

UN ALLEMAND de 28 ans, de bonnes manières, pourvu des meilleurs certificats, servant depuis un an COMME CONCIERGE, VALET DE CHAMBRE ET AIDE chez un dentiste de la Suisse allemande, cherche une place analogue dans une grande ville de France. S'adresser au bureau du Journal.

UN DIPLOMÉ de la Faculté de Médecine de Paris, de l'École Dentaire de Paris, ancien opérateur aux Etats-Unis, parlant l'anglais et l'espagnol, ayant dirigé cabinet dentaire, désire place d'opérateur à Paris, province ou Algérie. Réponse 33 A, Secrétariat de l'Ecole Dentaire, 4, rue Turgot.

A CÉDER, pour cause de départ, un cabinet faisant 7.000 fr. Prix 6.000 fr., meubles du salon, du cabinet et de l'atelier compris. Moitié comptant, le reste dans deux ans. Ville de 40.000 habitants. Loyer 800 fr. au premier. S'adresser E. H. B., bureau du journal.

ON DEMANDE une place de mécanicien, 15 à 20 francs par semaine. S'adresser à M. V. Houbriet, 111, rue de la Folie-Méricourt.

A CÉDER, après décès, un cabinet faisant 20.000 francs. On laisserait le mobilier du cabinet. Loyer 2.800 fr. Prix 10.000 francs. S'adresser au bureau du journal, L. B.

A CÉDER, à Paris, cabinet dentaire fondé en 1862. Affaires 30.000 fr. Loyer 2 000 fr. S'adresser bureau du journal, R. P. S.

A CÉDER tout de suite, pour cause de santé, cabinet dentaire admirablement situé, faisant 12,000 fr. d'affaires par an. Prix 10,000 fr. dont 6,000 comptant. Loyer, 13,000 fr. — S'adresser à M. Duché, 18, avenue Bosquet.

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à M. de Belleville, 11, cité Trévise.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Dr ROY, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections:

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

L'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions après trois années de scolarité, par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves mécaniciens dentistes désirant obtenir le brevet spécial qu'elle décerne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Président-Directeur.

G. Viau, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Bonnard, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, Président-Directeur.
P. Poinsot, —

A. Aubeau. — P. Chrétien. — Debray. — Dugit père. — A. Dugit. — F. Gardenat. — Dr Kuhn. — E. Pillette. — A. Ronnet. — Wiesner.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, I, Dr en médecine.
P. Poinsot, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), DEVOUCOUX, FANTON-TOUVET (Ed.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, BILLET, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, FRESNEL — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF, JACOWSKI, JEAY, MARTIN, PAULME, STEVENIN — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1896

BUREAU

E. Papot ✇, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Richer, *vice-président.*
Dr M. Roy, *secrétaire général.*

MM. Rollin ✪, *trésorier.*
Choquet, *secrétaire-adjoint.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Billet.
Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon ✪.
Francis Jean ✪.
Lemerle ✪.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Viau, ✪.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✽ ✪.

M. Poinsot ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✪.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

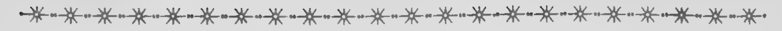
MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✽, ✪.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

16e ANNÉE JUIN 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3. N° 6.



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OR DE TREY

Par M. le Dr E. SAUVEZ,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,

Dentiste adjoint des Hôpitaux de Paris,

et M. TOULOUSE, dentiste.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 9 juin 1896.*)

Sommaire.

Préliminaires. — Différents numéros d'or. — Instruments : nécessaires, (fouloirs) ; utiles (précelles, instrument Toulouse, ciseaux, fouloirs, pointes de maillet). — Soins à donner aux instruments. — Préparation de l'or. — Soins à donner à l'or. — Préparation de la cavité. — Bords. — Précautions contre l'humidité. — Pression manuelle : son intensité, sa direction. — Pression par le maillet. — Condensation. — Manuel opératoire de l'aurification ; 1er type : face triturante de grosse molaire ; 2e type : face interstitielle d'incisive ; 3e type : reconstitution de prémolaire ou incisive ; 4e type : incisive supérieure ; reconstitution d'un angle et d'un bord. — Fin de l'aurification. — Raccords. — Densité. — Titre. — Infiltration. — Malléabilité. — Conclusions.

Préliminaires.

Nous ne voulons, dans cet article, nous occuper ni des différents ors cristallisés, Nedden, Scheurer, Watts, Cristal mat gold de White, etc., ni de leur valeur réciproque, ni de leurs qualités, ni de leurs avantages.

C'est à tort qu'on a voulu assimiler l'or de Trey à ces différents ors ; nous constaterons simplement, comme M. le professeur Miller, que cette préparation a absolument tous les avantages que l'on peut exiger d'un produit semblable. Tout expérimentateur sérieux sera du même avis, nous en sommes certains.

Nous supposons donc admis que l'or de Trey est celui qui, *à l'heure actuelle*, possède au plus haut point les qualités des ors

cristallisés et qu'il est supérieur à tous les autres ors de cet ordre.

L'or de Trey, connu sous le nom d'*or Solila*, a fait sa première apparition dans le commerce il y a un an environ. Il avait déjà été employé par le Dr de Trey, son inventeur, depuis 20 ans ; ce praticien, justement estimé et apprécié de tous les confrères qui le connaissent, a exercé à Vevey et s'est ensuite établi à Bâle, où il est encore aujourd'hui. Il n'avait pu jusqu'alors le soumettre à la profession, parce que cet or n'était pas transportable.

Son or avait, d'ailleurs, à ce moment, une forme très imparfaite.

L'or Solila se présente aujourd'hui sous forme de plaquettes, de tablettes de la consistance de l'amadou et rappelant un peu l'aspect de ce corps. Ces tablettes sont placées sur de petites claies, divisées en plusieurs compartiments, et chacune des claies est isolée au moyen de coussins.

Nous insistons avec intention sur ces détails pour montrer que le Dr de Trey a tenu à garantir ainsi son or de toutes les secousses et de tous les froissements possibles. Ces précautions ont été prises à cause de l'extrême facilité de condensation de cet or.

Différents numéros d'or.

Cet or est présenté sous quatre numéros :

Numéro 1. — Or épais, avec trame partielle.

Numéro 2. — Or mince, sans trame.

Numéro 3. — Anciennement or épais, avec trame. Or nouveau, mince, sans trame.

Numéro 4. — Or mince, avec trame.

Nous verrons par la suite l'utilité de chacun de ces numéros.

On voit que le numéro 3 se divise en deux ; à proprement parler, il n'existe plus aujourd'hui deux sortes d'or numéro 3. L'ancien a été totalement supprimé.

Le Dr de Trey, sur la demande de plusieurs praticiens distingués, a, en effet, abandonné la fabrication de l'ancien numéro 3, l'or à trame se trouvant suffisamment représenté par le numéro 4. Le numéro 3 *actuel* est, ainsi que nous l'avons dit, *mince*, *sans trame*. Ajoutons tout de suite que le nouveau numéro 3 présente, sur les autres numéros, à notre avis, une supériorité incontestable. Il est plus fin, plus malléable, il ne s'émiette pas. Il peut, grâce à ces qualités, rendre de grands services pour l'obturation des petites cavités, surtout des cavités interstitielles.

Il sera également choisi pour les contours, les reconstitutions, les bords et les surfaces.

Au fur et à mesure que l'opérateur sera plus apte à apprécier les mérites respectifs des différents numéros, il aura recours, selon le cas, à celui qui lui plaira le mieux. C'est ainsi que le numéro 1 est très commode pour garnir le fond des grandes cavités ; le numéro 2 se prêtera aux cavités moyennes. Quant au numéro 4, il est surtout indiqué, à notre avis, pour terminer rapidement les grandes surfaces triturantes.

En résumé, le praticien qui veut commencer à employer l'or de Trey se procurera une boîte de numéro 1 et une boîte de numéro 3.

Instruments.

Les instruments employés pour l'aurification par cette méthode sont assez nombreux. Pour mettre de l'ordre dans leur énumération et pour guider le praticien dans ses premiers pas, nous les diviserons en deux classes :

1° Instruments nécessaires ;

2° Instruments utiles.

1° *Instruments nécessaires.*

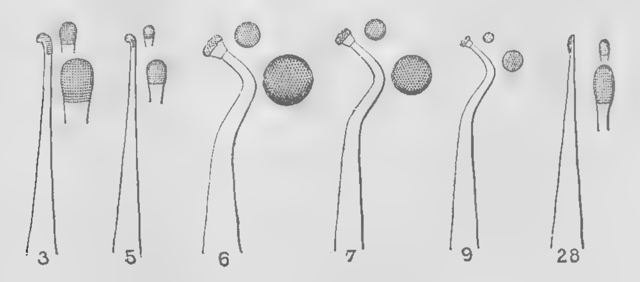
Il nous semble absolument indispensable de se procurer quelques fouloirs fabriqués spécialement pour cet usage. Ces fouloirs sont d'ailleurs fort bien faits et répondent parfaitement au but cherché : le manche est solide et assez volumineux pour être bien en main sans fatigue pour l'opérateur.

Ils réduisent le point de condensation le plus possible par suite de leur forme convexe, arrondie. Grâce à cette forme, on n'a pas à craindre, comme avec les autres instruments, de déchirer l'or et surtout d'avoir des surfaces inégales, anguleuses ou en escalier. Ils ne relèvent pas l'or quand on les retire et la pointe de l'instrument se dégage facilement ; enfin, comme l'extrémité est arrondie, ils ne produisent pas de fractures de l'émail; cette extrémité est garnie de dentelures, de serrations non tranchantes qui ne mâchent pas l'or.

L'opérateur n'a pas à faire retailler les serrations, lorsque ses instruments seront usés, car il arrivera insensiblement avec la pratique à opérer avec ces fouloirs, même privés de leurs serrations.

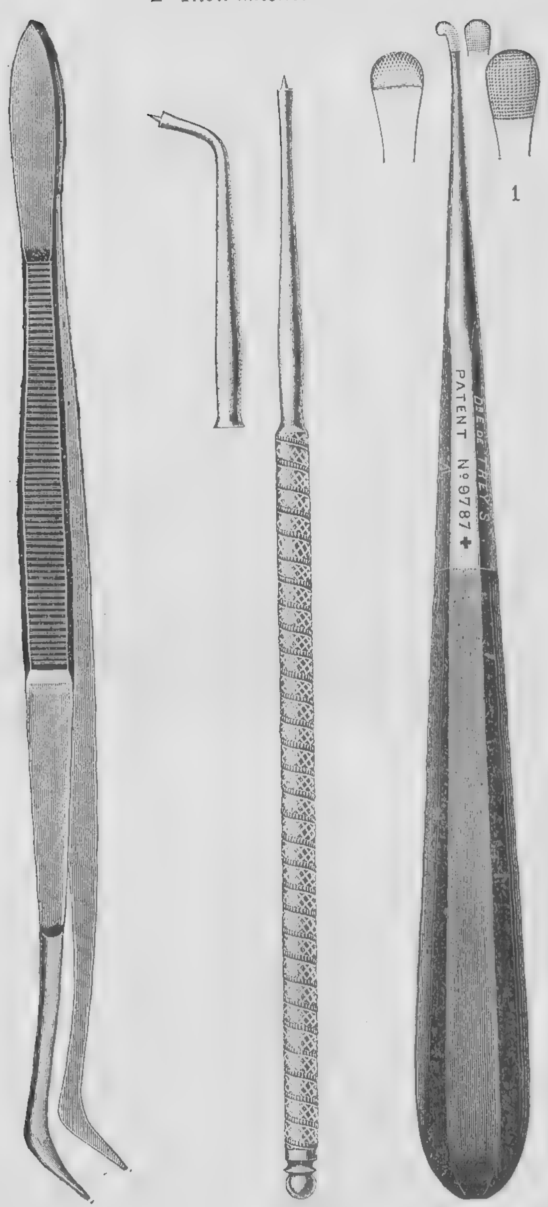
Le Dr de Trey, du reste, n'emploie que ce genre d'instruments ; mais nous pensons qu'il est préférable d'y parvenir graduellement, au lieu de recommander d'emblée des fouloirs polis avec lesquels on peut produire des échappées.

Nous conseillons, comme instruments indispensables, les numéros 3, 5, 6, 7, 9 et 28.



Le lecteur pourra se reporter au dessin pour voir les formes de ces différents numéros.

2° *Instruments utiles.*



L'opérateur qui aura apprécié les mérites de cette méthode et

aura compris tout le parti qu'il peut en tirer, se procurera bien vite quelques autres instruments qui lui rendront le travail plus facile et plus sûr.

Ces instruments sont les suivants :

Précelles. — Ces précelles, d'une forme spéciale, ont des mors aplatis, larges, qui permettent de prendre l'or sans le condenser, comme il arrive avec les précelles ordinaires à aurification qui présentent des mors étroits.

De plus, un ressort empêche aussi la pression de s'exercer directement au niveau de l'extrémité des mors et contribue encore à empêcher la condensation.

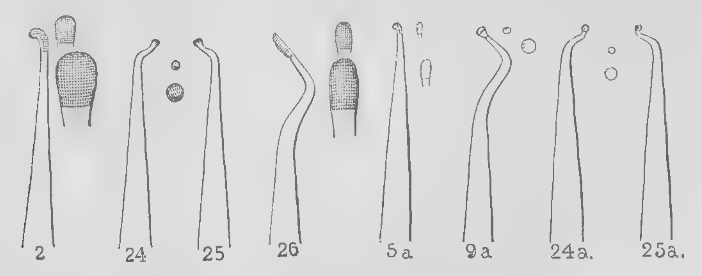
Instrument Toulouse. — L'un de nous a imaginé un instrument, dont le praticien appréciera toute l'utilité, pour porter l'or dans les cavités. On reconnaîtra en effet la difficulté et souvent l'impossibilité d'employer les précelles dont nous venons de parler pour porter un morceau d'or dans une carie interstitielle.

Cet instrument est une tige droite ou courbe, selon les besoins, que l'on pourra à volonté faire plus ou moins fine. Il se termine par une extrémité en forme de pique, destinée à pénétrer dans le morceau d'or et à retenir ce fragment sans le condenser.

Ciseaux. — Ces ciseaux présentent deux lames très tranchantes et très minces. Ils n'ont d'autre utilité que d'empêcher la condensation de l'or en réduisant la surface de section.

Fouloirs. — La série complète des fouloirs de Trey comprend 30 numéros; le lecteur pourra se reporter à la figure pour choisir au fur et à mesure de ses besoins et de ses goûts les fouloirs qui lui conviendront plus particulièrement. Ceux qui nous paraissent les plus utiles, en dehors des numéros que nous avons signalés parmi les instruments nécessaires, sont les numéros 2, 24, 25, 26.

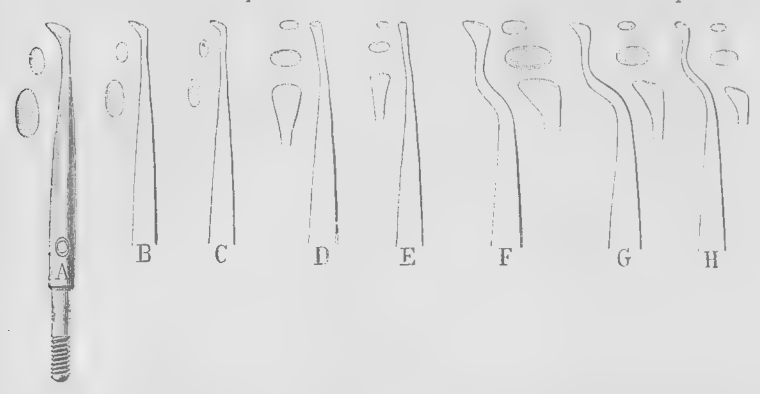
Pour les petites cavités, on a récemment créé une série spéciale (en dehors des trente numéros dont nous avons parlé), de quatre instruments qui portent les dénominations suivantes, 5ª, 9ª, 24ª, 25ª.



Pointes de maillet. — Nous verrons dans le cours de cet article qu'on peut, au besoin, se servir du maillet.

Il sera bon, dans ce cas, de se procurer les pointes spéciales imaginées par le Dʳ de Trey. Ces pointes peuvent s'adapter sur le maillet Snow et Lewis ou Abbott.

Aux praticiens qui préfèrent le maillet primitif, en plomb, nous conseillons de se procurer une série d'instruments spéciaux



créés pour ce genre de maillet. Le Dr de Trey a intercalé à la partie supérieure de ces intruments une petite rondelle de cuir destinée à amortir le choc. On pourra se rendre compte des formes de ces instruments et apprécier leur utilité.

Il est également utile d'avoir à sa disposition quelques plaques de mica.

Soins à donner aux instruments.

Nous n'insisterons pas sur les soins à donner aux instruments.

Les aurificateurs savent en effet qu'on doit apporter une attention constante à la surveillance des pointes des instruments à aurifier, quels qu'ils soient. Il sera bon de temps en temps de les brosser avec une petite brosse à dents ferme, trempée dans l'alcool à 90°.

Les instruments à aurifier doivent être tenus à l'écart des autres et ne doivent pas être en contact avec du ciment, de l'amalgame ou des impuretés quelconques. On ne doit jamais toucher les extrémités avec les doigts.

Préparation de l'or.

La quantité d'or que l'on compte employer est prise doucement avec les précelles et l'on procède immédiatement au recuit.

Nous pensons en effet qu'il est préférable de recuire avant de couper en plaquettes ou de rouler.

L'or peut être recuit de deux façons : directement sur la flamme ou chauffé sur une feuille de mica, préalablement rougie, pour la débarrasser de ses impuretés.

Si on le recuit directement à la flamme, il faudra de préférence prendre une lampe à alcool, très simple, sans crémaillère, avec une mèche en écheveau, ne charbonnant pas ; on ne brûlera que de l'alcool à 90°, de façon à obtenir une flamme pure et incolore.

Le morceau d'or est pris par le milieu avec la précelle et porté ainsi sur la flamme ; on le laisse en contact jusqu'à ce qu'il s'incline des deux côtés ; on le retourne pour lui faire subir la même courbe dans le sens contraire ; le tout doit se faire rapidement, de façon à ne pas atteindre le rouge vif.

Si on le recuit sur la feuille de mica, on emploiera de préférence comme source de chaleur le bec Bunsen. La feuille qui porte l'or est chauffée jusqu'à ce que le métal ait pris une coloration plus brune, plus foncée. On retourne l'or et on le présente à la flamme pour le recuire des deux côtés.

C'est à ce moment que l'opérateur coupe en plaquettes ou en bandes de volume variable, suivant l'accès de la cavité, la plaque, le gâteau d'or qu'il vient de recuire. Nous avons reconnu dans la pratique que le roulement de l'or soit dans les doigts, soit dans une serviette, ne peut être utile que pour les caries de face triturante. Toutefois nous préférons les doigts *propres* à la serviette. On peut se convaincre, en effet, en essayant de se servir d'une serviette, même presque neuve et non pelucheuse, lorsqu'un rayon de soleil traverse le cabinet d'opérations, ainsi que l'ont fait remarquer divers opérateurs, entre autres notre collègue et ami M. Amoëdo, que cette serviette dégage dans cette manœuvre une poussière nuisible à l'adhérence.

Soins à donner à l'or.

L'or ne doit jamais rester à l'air et on obtiendra des résultats d'autant meilleurs qu'on l'aura moins exposé aux poussières de l'atmosphère. On doit retirer de la boîte d'or la portion que l'on compte employer et la refermer au plus vite.

Si la boîte est en consommation depuis un certain temps et si l'on n'a pas pris toutes les précautions désirables, il est préférable d'entamer une autre boîte et de garder l'or un peu douteux pour les caries de faces triturantes, dans le fond desquelles on peut toujours facilement le condenser avec succès.

Le mieux est d'avoir un tiroir réservé spécialement à l'or et au instruments à aurifier.

Tous ces détails, qui sembleront peut-être insignifiants et exagérés, ont leur importance, et tous ceux qui ont suivi des élèves apprenant l'aurification savent bien que, dans l'immense majorité des cas, les insuccès doivent être attribués au manque de soins.

Préparation de la cavité.

On peut dire d'une façon générale que toute cavité prête à recevoir un amalgame peut être aurifiée à l'or de Trey.

Toutefois, l'aurification sera plus facile si l'on a soin de faire avec une fraise ou une roue fine de petits crans tout autour de la cavité dans la rigole qui devait servir à retenir l'amalgame.

Il n'est pas besoin de faire ces crans profonds ; l'or s'agrafe très

facilement après les moindres rugosités. Ces petits crans remplacent ou suppriment avantageusement les points de rétention que l'on fait avec l'autre méthode. Les points de rétention sont en effet la cause de plusieurs inconvénients ; ces petits puits doivent être creusés dans la dentine et, pour peu que l'on s'écarte de la direction, on risque de pénétrer dans la pulpe, ou de faire sauter un morceau d'émail (Dr Roland, de Bordeaux).

Ces points de rétention sont souvent, comme on le sait, une douleur de plus à infliger au malade et ils ne contiennent parfois que de l'or imparfaitement condensé.

Avec l'or Solila on n'a pas à craindre les anfractuosités, les recoins. L'or pénétrera facilement parmi eux et nous verrons plus loin que c'est après expérience que nous signalons ce fait.

Bords. — Toutefois, il ne faut pas, de même d'ailleurs que pour tout autre procédé, laisser des bords dentelés, minces, qui risquent de se briser ensuite, soit pendant l'obturation, soit après. Dans la premier cas, les fragments d'émail et la poussière qui résulte de le brisure amènent un retard dans le travail et un empêchement à l'adhérence. On est forcé de les chasser plus ou moins imparfaitement avec la poire à air chaud, qui peut produire de la buée et gêner l'accolement des fragments suivants.

Dans le second cas, ces bords s'effritent quelque temps après le travail par suite de la pression de la mastication, et il en résulte des défauts et des points de récidive dans l'aurification. On aura donc soin de faire des bords nets, avec le ciseau à émail, la lime, la meule, les disques, suivant les cas.

Précautions contre l'humidité.

L'utilité de la digue pour la mâchoire inférieure est incontestable ; il faut prendre pour l'aurification par ce procédé les mêmes précautions qu'avec l'or adhésif en général. Comme dans ce dernier cas, la poussière et la vapeur d'eau sont deux grands ennemis ; certes, on pourra en grattant la couche déjà mise, en y faisant quelques crans, arriver à terminer son obturation, mais la cohésion et l'homogénéité de l'aurification pourront s'en ressentir. Toutefois, dans bien des cas, suivant les malades, suivant l'emplacement de la cavité, on pourra souvent éviter la digue, étant donné le peu de durée de l'aurification pour un opérateur exercé. Avec l'aide de la serviette et des tampons de ouate hydrophile, on pourra obtenir une sécheresse absolue pendant le travail et on n'aura presque jamais besoin de la pompe à salive, que les malades hésitent souvent à accepter et qui a plusieurs inconvénients.

Nous allons plusieurs fois, dans la description du manuel opératoire de l'aurification par cette méthode, parler de la pression manuelle, de la pression par le maillet et de la condensation de cet or ; aussi nous paraît-il nécessaire de dire, avant d'aborder ce manuel opératoire, quelques mots sur ces différents points.

Pression manuelle, son intensité, sa direction.

Certains praticiens très distingués ont hésité à adopter le Solila parce qu'ils craignaient que les fortes pressions recommandées par M. de Trey ne fussent mal tolérées par les patients ; mais en constatant les résultats obtenus avec une pression normale, ce doute se dissipera. Les fortes pressions étaient nécessaires surtout au début et avec l'or à trame, mais on a pu voir plus haut que nous préconisons l'or sans trame, surtout depuis que le Dr de Trey a mis dans la circulation son nouveau numéro 3.

La pression nécessaire pour la condensation ne diffère pas sensiblement de celle exigée pour les autres ors ; elle a l'avantage sur les coups de maillet d'éviter au patient le désagrément des chocs et elle peut se comparer à celle qui est nécessaire pour l'or mou. Nous recommandons aussi, pour éviter la pression forte, d'imprimer au fouloir un mouvement de balancement latéral, de roulement, analogue au mouvement que l'on fait, par exemple, avec un pilon pour écraser un corps assez résistant. On arrive, après quelque temps de pratique, à faire en quelque sorte du modelage avec les dernières couches d'or. Ce tassement que l'on opère doit se faire perpendiculairement à la paroi, au fond de la cavité. Pour être dans l'axe de l'effort, on prendra naturellement des fouloirs droits pour les dents du haut et coudés pour celles du bas.

Pression par le maillet.

Le tassement par le maillet est discutable ; nous ne pensons pas, vu l'extrême facilité de l'or à se condenser, que le coup de maillet soit supérieur à la pression manuelle. Dans tous les cas, si, par suite d'un état spécial, on redoute trop la fatigue et qu'on croie devoir avoir recours au maillet, on aura soin de modérer le coup, de régler le choc en l'adoucissant, car ce choc serait mal toléré par le patient. Dans les premières aurifications que l'on fait avec l'aide de la seule pression manuelle, on est certainement plus fatigué qu'avec le travail au maillet, mais peu à peu les muscles du bras se forment et cet exercice devient de moins en moins fatigant.

Condensation. — Ainsi que nous l'avons déjà dit plusieurs fois dans le cours de cet article, l'or Solila se condense rapidement ; aussi est-il inutile d'insister sur la pression. *Quand l'or a pris un aspect brillant, il est à son maximum de condensation*; on n'ajoutera une nouvelle couche qu'après avoir constaté cet aspect. Le temps passé à vouloir obtenir un tassement plus parfait est du temps perdu. Ainsi que le dit le Dr de Trey, cette condensation est si prompte que l'opérateur ne s'en rend pas compte au début et peut perdre un temps précieux en l'exagérant. Le mieux, pour s'en faire une idée, sera de procéder à quelques essais en dehors de la bouche, sur des dents que l'on aura mises dans un bloc de plâtre.

Il est important de tenir compte de cette rapidité de condensation, pour éviter de remplir une assez grande cavité avec plusieurs

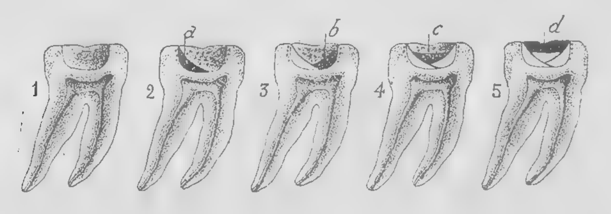
morceaux d'or que l'on tasserait ensuite, car alors la couche superficielle serait comme une croûte métallique et le dessous serait spongieux. Notre excellent confrère, M. Wetzel, D. D. S., ancien assistant du Dr de Trey, compare ce fait à celui d'un homme marchant sur une couche de neige très épaisse, par exemple. L'endroit où aurait porté le poids de son corps serait tassé jusqu'à une profondeur d'un ou de deux pieds au plus, tandis qu'au-dessous l'effort aurait été arrêté par l'élasticité de la neige, et la condensation ne serait pas plus forte à un mètre au-dessous de l'endroit foulé qu'aux autres endroits qui n'auraient pas été touchés.

C'est couche par couche qu'il faut procéder.

Manuel opératoire de l'aurification.

1er *Type. — Carie de face triturante de grosse molaire.*

Nous prendrons comme type, pour démontrer le manuel opératoire, une vaste carie centrale de face triturante de grosse molaire ; nous supposons la cavité préparée comme nous l'avons dit, l'or recuit et coupé en petits morceaux d'une superficie égale à celle de l'ouverture de la cavité que l'on vient de dessécher à l'air chaud.



On porte avec les précelles ou l'instrument Toulouse, suivant la facilité de l'accès, un des fragments d'or dans la cavité. On prend alors un fouloir dont l'extrémité est aussi grosse que l'orifice de la carie et l'on enfonce doucement ce morceau d'or contre un des bords, sur lequel on aura au préalable pratiqué quelques crans.

On condense ensuite ce premier morceau *a* par une forte pression de la main. Dès que cette première portion aura été mise en place et pressée, comme nous l'avons dit, avec un fouloir large, il est indispensable de tasser avec un fouloir plus fin la surface de cette première couche, que le gros fouloir peut ne pas avoir suffisamment condensée dans tous les recoins ; si ce détail est négligé, il peut en résulter des cavernes, des lacunes. Le deuxième morceau *b* sera placé à côté de l'autre, également contre un bord. Le remplissage de la cavité sera continué ensuite, en ayant soin d'assurer ses bords, qui sont toujours, ainsi qu'on le sait, la partie où l'on a le plus facilement des défauts, des lacunes, des fissures qui servent de nouveau de porte d'entrée aux microbes de la carie.

Ainsi qu'on le comprend d'après cette description, il doit y avoir un moment où, les bords et le fond étant terminés, l'obturation a la forme d'un entonnoir dans le fond duquel on tasse de nouveaux

morceaux d'or jusqu'à ce qu'on soit arrivé à remplir la cavité en totalité.

On ne doit pas, comme avec l'or mou, par exemple, laisser dépasser une portion notable d'or en dehors de la cavité pour la tasser ensuite par la pression ou par la rotation des fraises à finir ou des brunissoirs montés sur le tour ; autrement dit, il faut éviter de mettre trop d'or, car ce serait une perte inutile de matière première et de travail, cet or étant long à couper avec les fraises ou le coryndon.

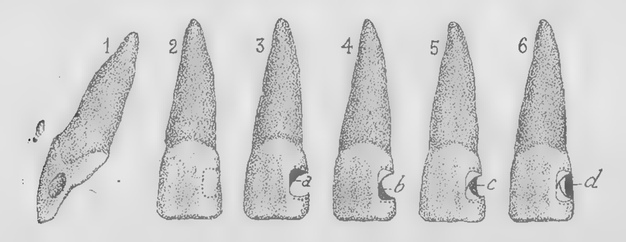
Les petites cavités de face triturante seront obturées comme avec l'amalgame. On prendra un premier morceau d'or de la superficie de l'orifice de la cavité, que l'on tassera avec un fouloir de la même dimension.

Il y a analogie, dans ce cas, avec le mouvement d'un piston dans un corps de pompe.

2e *Type.* — *Carie de face interstitielle d'incisive.*

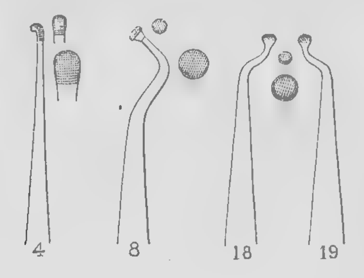
Voyons maintenant quelle sera la façon de procéder, si l'on a affaire à une carie de face interstitielle d'incisive.

La figure 1 indique la cavité préparée et munie des petits crans dont nous avons parlé. On peut, pour ce cas, prendre de petits morceaux d'or du volume d'un grain de riz, d'un grain de blé, suivant la forme et l'accès de la cavité.



On portera avec l'instrument Toulouse les petits morceaux ainsi préparés à la partie cervicale de la carie, et on les pressera avec un fouloir aussi large qu'il est possible, le numéro 3, 4 ou 5. Nous insistons sur ces numéros, étant donné leur forme. Cette première pression faite, on devra explorer les bords avec un fouloir fin, le numéro 9 par exemple ou le numéro 9¹. La figure 3 représente le premier morceau condensé *a*, la figure 4 le deuxième *b*, la figure 5 le troisième, etc. Pour bien condenser ce troisième morceau, nous recommandons les fouloirs numéros 7, 8, 9 et 9ª. Ces trois morceaux une fois en place et condensés, on voit le fond de la cavité et les bords complètement garnis, le reste de l'aurification se fait sur une surface ouverte, facilement accessible ; on coupe alors une petite bandelette de la longueur de la surface à remplir et large d'un millimètre ou plus, selon la grandeur de la cavité. On la replie en deux, si la cavité est trop petite et l'on peut même couper le morceau en deux ou trois morceaux plus petits.

On achève de remplir la cavité en tassant des couches successives et l'on termine la condensation de la surface avec le fouloir numéro



28, en ayant soin d'insister sur le roulement latéral dont nous avons parlé.

Quand la condensation est terminée, on passe un brunissoir sur toute la surface, de façon à la rendre plus dure et à condenser les parties qui n'auraient pas été suffisamment pressées par le fouloir.

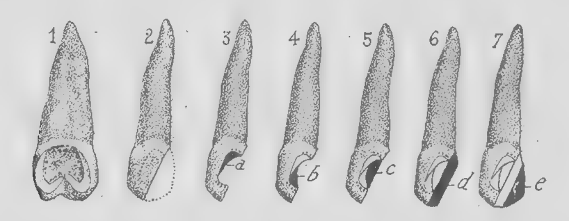
Il est bien entendu que, dans la pratique, on ne pourra pas toujours procéder aussi méthodiquement; mais, en tenant compte de ces indications et en se rappelant surtout qu'il faut commencer par le bord cervical et par garnir le fond de la cavité, on fera un bon travail et sans peine.

3e *Type. — Reconstitution.*

Prémolaire, grosse molaire.

Dans ces cas, on place et on presse un premier morceau *a* contre la portion de dentine et d'émail située entre le bord cervical et la région de la pulpe. Le second morceau *b* sera placé dans le fond, au niveau de la région pulpaire, le troisième *c* contre la portion de dentine et d'émail située du côté des tubercules. Les trois morceaux sont imbriqués l'un sur l'autre et suffisent généralement à remplir le fond de la cavité.

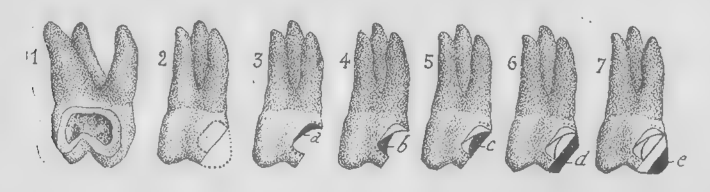
Ces détails de manuel opératoire sont indiqués sur la figure ci-dessous.



A partir de ce moment, on prend de petites plaquettes que l'on colle en les superposant l'une sur l'autre, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à avoir donné à la dent sa forme naturelle.

Les plaquettes sont découpées d'une superficie égale à celle de la totalité de la tranche de la dent que l'on veut reconstituer (cavité et bords).

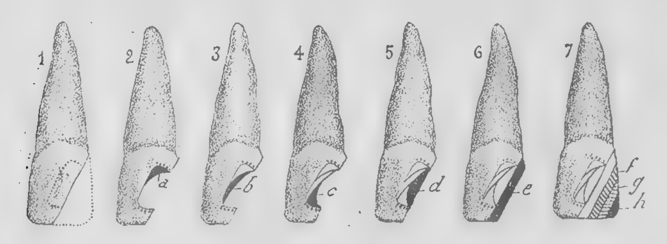
Ainsi qu'on le voit, il y a en quelque sorte deux temps : le premier consiste à obturer la cavité, comme nous l'avons déjà dit, et dans ce cas, on emploie les fouloirs numéros 3, 4, 5, 9 et 9a. Dans le second temps, on procède à la reconstitution au moyen des mêmes fouloirs et l'on termine avec le fouloir numéro 28.



Le polissage se fait par les moyens usuels, de préférence avec des meules appropriées. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point. On pourra se rendre compte par les figures ci-jointes que la reconstitution d'une portion de grosse molaire ne diffère pas sensiblement de celle d'une prémolaire que nous venons d'examiner.

4e *Type. — Incisive supérieure ; reconstitution d'un angle et d'un bord.*

La reconstitution des incisives passait jusqu'ici pour être extrêmement difficile et longue avec les autres ors, et nécessitait souvent soit un pivot ou un système d'agrafes, de vis ou de champignons (le tout toujours très compliqué). Il était bien difficile d'y arriver avec une carie n'intéressant pas la pulpe, et on était le plus souvent obligé de détruire cet organe pour se créer un point de rétention solide dans le canal. Le lecteur pourra se rendre compte par les figures ci-jointes, toutes faites d'après nature, que cette reconstitution est très possible, même dans les caries du 2e degré.



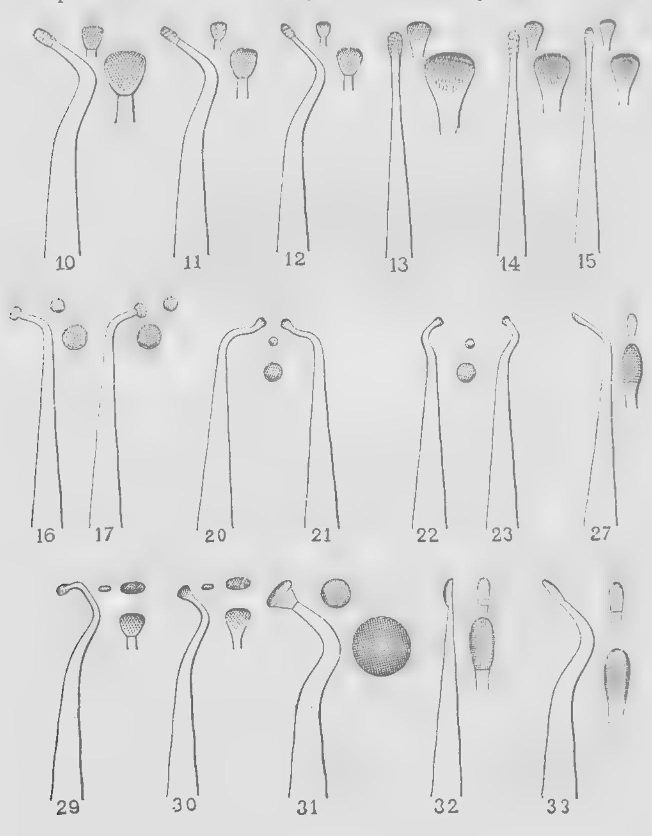
Nous ne défendons pas d'employer les systèmes de rétention que l'opérateur croira utiles à la solidité de son aurification, mais nous faisons simplement remarquer que nous n'avons même pas besoin de nous servir de la cavité de la pulpe comme moyen de rétention lorsque cet organe est détruit. En tout cas, si nous pou-

vons profiter de la cavité pulpaire, nous n'aurons jamais besoin de nous servir du canal. Nous ne recommandons même pas le système d'enchevêtrement des morceaux d'or l'un dans l'autre, décrit dans certaines méthodes. L'or Solila est extrêmement adhésif et une concentration soignée suffit à elle seule à assurer le succès ; une propreté méticuleuse de l'or et des instruments sera plus utile que tous ces systèmes de position de cylindres ou de morceaux.

Nous avons pris comme exemples, comme types, les cas les plus fréquents de la pratique courante.

Les reconstitutions de portions distantes (cavités postérieures) se feront de la même façon, en tenant compte des recommandations que nous avons faites dans les différents cas que nous avons étudiés.

On aura recours, pour ces cas, aux fouloirs précédemment cités et aux numéros 6, 7, 8, selon l'accès et la grandeur de la cavité. Les numéros 18, 19, 26, seront également très utiles. (Les fouloirs qui complètent la série dont nous avons parlé, mais dont nous n'avons pas fait une mention spéciale, sont représentés ci-dessous.)



Fin de l'aurification.

Pour terminer l'aurification, nous conseillons d'avoir recours, de préférence, aux meules de coryndon plutôt qu'aux fraises à finir et aux brunissoirs.

D'une façon générale, nous conseillons de faire le brunissage avant d'enlever la digue, de façon à avoir une surface plus dure, plus résistante. La couche superficielle doit former une sorte de croûte métallique encore plus condensée que le corps de l'aurification.

La meilleure façon de procéder est, à notre avis, d'employer un brunissoir à main, à gros manche, plat pour les cavités interstitielles et rond pour les cavités de face triturante. On promène cet instrument en le pressant fortement sur la surface de l'aurification et particulièrement sur les bords. C'est sur ceux-ci que l'on devra le plus insister.

Le polissage est effectué ensuite par les procédés usuels. Toutefois, nous ne voyons pas l'utilité de faire le polissage méticuleux nécessaire avec l'emploi de l'or adhésif.

Nous ne conseillons pas de passer à nouveau le brunissoir ; d'une façon générale, nous laissons l'aurification mate, telle qu'on l'obtient, par exemple, après l'emploi des meules fines ou des disques de bois chargés de ponce. A notre avis, les surfaces brunies, brillantes, ont un reflet beaucoup plus foncé que les surfaces mates ; c'est ainsi qu'une aurification de face triturante de grosse molaire, extrêmement brillante, n'a souvent pas l'aspect de l'or, surtout d'après certaines incidences de lumière.

Ainsi que l'a fait remarquer notre excellent collègue et ami M. Amoëdo, les surfaces obtenues par ce procédé d'aurification sont très nettes et ne présentent pas ces séries de monticules et de vallées que l'on constate si souvent avec d'autres ors.

Raccords.

Il est prudent, avant d'enlever la digue, de vérifier son aurification, par exemple avec une sonde fine et de s'assurer qu'il n'existe aucune imperfection au niveau de la surface et des bords.

Si, par suite du manque d'habitude ou d'habileté de l'opérateur, de la grande difficulté d'accès de la carie, etc., il existait une lacune dans l'aurification, il serait très facile d'y remédier. Il suffit en effet de gratter la partie lacunaire avec une fraise, d'y faire quelques encoches, quelques crans, en un mot d'obtenir une surface rugueuse et très propre. On la sèche à l'air chaud, s'il est besoin, et l'on replace quelques morceaux d'or pour obturer cette lacune.

Faisons remarquer en passant que, lorsque le même accident arrive avec l'or adhésif, il est nécessaire de faire de nouveau une véritable petite cavité, qui nécessite même quelquefois de nouveaux points de rétention.

On pourra également refaire, par le même procédé, des surfaces

ou des portions d'anciennes aurifications à l'or adhésif ou à l'or mou.

L'or de Trey s'accole parfaitement au reste de l'aurification.

Certains praticiens, et nous le comprenons, surtout au moment de l'apparition de l'or de Trey, n'avaient pas en lui assez de confiance pour l'employer exclusivement. Ils avaient eu si souvent des déboires avec les ors cristallisés qu'ils n'osaient pas terminer leur aurification avec le Solila seul. Ils s'en servaient pour bourrer le fond des cavités et croyaient plus sûr de terminer par une couche d'or adhésif.

Nous avons reconnu, dans la pratique, que cette précaution était superflue et nous pensons aujourd'hui que les surfaces et les bords d'une aurification faite exclusivement avec de l'or de Trey donnent autant de garantie que l'or adhésif en général.

« Ainsi que le dit le Dr de Trey, cet or se combine parfaitement « avec l'étain et forme avec ce métal une masse très dense, antiseptique « et non conductrice, rendant de bons services pour couvrir les dentines « sensibles et le bord gingival.

« Il adhère par la pression à tous les métaux nobles décapés mé- « caniquement ; ainsi il peut rendre de grands services dans les tra- « vaux de prothèse tels que travail à pont, réparation, sertissage des « dents. »

Densité. — Nous avons demandé à notre honorable confrère, M. Lemerle, de faire en sa présence, une expérience au sujet de la densité du Solila avec l'appareil qu'il a imaginé et présenté l'année dernière au Congrès de Bordeaux. Nous avons condensé un cylindre avec l'or numéro 3 *par la simple pression de la main* et nous avons obtenu une densité sensiblement égale à celle de l'or de Wolrab et de Herbst. Le poids du lingot pesé par MM. Morin frères, essayeurs de la Banque de France, est de 754 milligrammes. Si l'on compare ce chiffre avec ceux obtenus par M. Lemerle, qui ne s'est servi que des ors condensés au maillet avec des pointes fines, on peut se convaincre que sa densité est vraiment remarquable, étant donné que nous sommes en présence d'un or cristallisé.

Il importe de faire remarquer que cette expérience a été faite sans l'aide du maillet.

Nous avons tenu à n'employer que la pression manuelle, qui est le mode opératoire que nous conseillons.

D'ailleurs, cette question de la densité n'a, à notre avis, qu'une importance secondaire. Nous ne pensons pas qu'il faille chercher comme idéal de matière obturatrice celle qui sera la plus dense ; certes c'est là une qualité dont on doit tenir compte, mais il importe *uniquement* que cette densité soit *suffisante* pour que l'obturation puisse résister à la désagrégation et à l'effort de la mastication.

Il n'entre pas dans le plan de ce travail, où nous tenons surtout à faire un exposé du manuel opératoire et des avantages de l'or Solila, d'étudier d'une façon complète la question de la densité de

cet or comparée à celle des unes ou des autres matières obturatrices. Cette étude demanderait avant tout la consécration et l'expérience du temps.

Pour ce qui est de la désagrégation, tout ce que nous pouvons dire, c'est que des aurifications faites par le Dr de Trey avec cet or, même imparfait, il y a 15 à 20 ans, sont aujourd'hui encore absolument intactes. Pour notre pratique personnelle et celle de plusieurs de nos confrères, nous avons vu plusieurs fois des reconstitutions faites, il y a déjà plus d'un an, dans des conditions difficiles, et qui n'ont subi aucune altération.

Nous espérons pouvoir, d'ici quelques années, revenir sur ce sujet avec des données plus précises.

Titre. — Le titre de l'or de Trey, essayé par la maison Morin frères, est de 996 millièmes ; on sait que l'or est considéré comme fin à partir de 995.

Infiltration. — Nous avons fait quelques expériences au sujet de l'infiltration ; nous avons condensé dans une série de tubes à manomètre, en verre, de l'or numéro 3, toujours avec la pression de la main. Ces tubes ont été laissés dans l'encre pendant plusieurs jours et nous avons constaté que l'encre n'avait pas pénétré autour du lingot, malgré le poli de la surface du verre. Il semble donc bien évident que la salive ne peut s'infiltrer entre l'or et les parois toujours plus ou moins rugueuses d'une cavité.

Malléabilité. — Cet or, avons-nous dit dans le courant de cet article, est susceptible de suivre de la façon la plus parfaite toutes les dépressions et rugosités qui se trouvent dans la carie ; pour se rendre compte de l'exactitude de ce fait, on pourra reproduire une de nos expériences, qui prouve très clairement cette propriété. On fait, avec une petite fraise très fine, dans le fond d'une cavité que l'on a creusée dans un morceau d'ivoire, des encoches, des points de rétention, des diverticules dans différents sens et on procède à l'aurification de cette cavité, comme nous avons dit plus haut. On fait ensuite dissoudre dans l'acide chlorhydrique le morceau d'ivoire et l'on peut se convaincre, par l'examen du bloc d'or qui subsiste, que ce bloc suit fidèlement, dans tous les sens, les diverticules que l'on avait creusés.

Si l'on porte ce même bloc d'or au laminoir, on constate que la plaque obtenue est bien homogène, d'une égale épaisseur, très flexible, élastique, et peut se replier dans différents sens, sans se briser en aucun point.

Conclusions. — Nous terminerons cet article en attirant tout spécialement l'attention des praticiens sur les points suivants. Une aurification par l'or de Trey semble avoir toutes les qualités des aurifications effectuées avec les meilleurs ors connus jusqu'à ce jour et présente sur le manuel opératoire de ceux-ci quatre avantages considérables, pour ne citer que les principaux :

1° *Suppression des points de rétention.*

2° *Facilité du commencement de l'aurification.*

Les premiers morceaux sont toujours faciles à faire tenir avec le Solila, et l'on sait combien le commencement d'une aurification à l'or adhésif présente de difficultés.

3° *Rapidité de l'aurification.*

L'opérateur gagne au moins les deux tiers du temps, et souvent, grâce à cela, peut éviter d'employer la digue. Les aurificateurs les plus habiles, qui font très rapidement une bonne aurification par l'or mou ou l'or adhésif, ont encore avantage à adopter l'or de Trey.

4° *Emploi facultatif du maillet.*

Les opérateurs qui sont habitués au maniement de cet instrument pourront continuer à l'employer (pointes spéciales de Trey). Toutefois, la pression manuelle est suffisante.

NOTE SUR L'AIROL, SUCCÉDANÉ DE L'IODOFORME, ET SUR SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par M. MAHÉ.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du* 12 *mai* 1896.)

En vous présentant ce nouvel antiseptique, je n'ai pas la prétention de produire un travail original. Je désire seulement vous faire connaître un corps destiné, je crois, à nous rendre des services.

Le dentiste compte certainement parmi les plus intéressés à la découverte d'un parfait succédané de l'iodoforme. Nombreux sont les produits qui lui ont été soumis dans ce but et auxquels il a dû successivement renoncer, forcé toujours de recourir dans les cas sérieux au prototype de la série, qui demeure encore, malgré son odeur caractéristique, un des antiseptiques les plus actifs et les plus employés. Tout dernièrement même, M. Poinsot, qu'on trouve toujours à la tête de ceux qui cherchent à innover et à perfectionner, nous présentait celui de tous ces corps qui a jusqu'ici le mieux répondu à nos besoins, le diiodoforme. Et cependant, j'ai vu M. Poinsot lui-même, dans son service de Sainte-Anne, reprendre un jour avec succès par l'iodoforme le traitement d'un cas rebelle qui avait résisté au diiodoforme.

Les résultats cliniques obtenus chez M. Kuhn par l'emploi de l'airol, m'ont engagé à vous signaler cet antiseptique.

Je vous exposerai d'abord les points les plus saillants de son histoire chimique; ces renseignements sont puisés dans les *Médicaments nouveaux*, cités par la *Médecine moderne*.

L'*airol*, *aïrol*, ou *dermatol iodé* a été préparé récemment par le chimiste suisse Ludy. C'est un *gallate d'oxyiodure de bismuth*, obtenu par la substitution d'une molécule d'iode à un groupement OH dans le sous-gallate de bismuth. Sa formule est

$$C^6H^2\,(HO)^3\;COO - Bi \Big\langle {}^{OH}_{I}$$

Il contient 44,5 0/0 de bismuth et 24,8 0/0 d'iode.

Il se présente sous la forme d'une poudre fine, de couleur gris ardoisé, *sans odeur* ni saveur, indécomposable à la lumière, soluble seulement dans la potasse et la soude et les acides minéraux dilués. Il forme avec la glycérine une émulsion stable. Au contact de l'air humide ou de l'eau chaude, il dégage de l'iode et se transforme en poudre rouge brunâtre.

Au point de vue thérapeutique et antiseptique, l'airol a été étudié d'abord et préconisé par L.-S. Hägler, privat-docent de chirurgie et de bactériologie à la Faculté de médecine de Bâle. Je citerai d'après la même source les résultats les plus importants obtenus par cet auteur.

L'airol est moins toxique que l'iodoforme. Pour tuer un lapin avec ce dernier corps, il faut en injecter sous le péritoine 1 gr. environ par kilogramme d'animal. Pour obtenir le même résultat avec l'airol, il faut 1 gr. 50 à 2 gr. d'airol. Cette différence est attribuée à la lenteur avec laquelle se résorbe le bismuth qui est la base de ce composé.

L'airol n'irrite pas la peau saine, comme le fait l'iodoforme.

Dès qu'il se trouve en contact avec les sucs des tissus chauds, il dégage une petite quantité d'iode.

Grâce à son bismuth, *il possède des propriétés dessiccantes énergiques.*

L'airol tue le bacille virgule et arrête le développement de toutes les bactéries, sauf du *bacillus prodigiosus.* Une analogie remarquable entre ce corps et l'iodoforme, c'est que, comme ce dernier, il agit fort peu dans le laboratoire sur les microbes de la suppuration contenus dans un tube à essai. Cette contradiction apparente avec les résultats cliniques peut s'expliquer, en partie au moins pour l'airol, par ce fait qu'il n'agit véritablement qu'autant que le contact de certains liquides met l'iode en liberté.

Dans plus de 2000 cas de plaies opératoires, de lésions récentes, de processus inflammatoires aigus ou chroniques, Hägler a trouvé l'airol aussi actif que l'iodoforme, tout en n'étant pas aussi riche que lui en iode ; par contre, l'airol s'est montré inférieur à ce dernier dans le traitement général des animaux infectés expérimentalement par des cultures pures de streptocoque.

A ces notions générales je voudrais maintenant ajouter quelques données particulières à l'emploi de l'airol en thérapeutique dentaire, données tirées en partie des résultats cliniques qu'il m'a été permis de recueillir chez M. Kuhn, et en partie d'expériences que j'ai faites pour essayer de déterminer la façon dont ce corps se comporte dans les différents cas où nous pouvons être appelés à l'employer.

Les résultats pratiques ont été parfaits, absolument satisfaisants à tous les points de vue. L'airol a été employé systématiquement et toujours avec succès depuis le mois de novembre 1895, dans tous les traitements relevant de l'antisepsie. M. Kuhn évalue à l'heure actuelle le nombre de caries du 4e degré traitées par cet antisepti-

que à 100 au minimum, comprenant toutes les variétés de la carie infectée. J'ai, pour ma part, soigné avec succès par ce moyen une carie compliquée d'une fistule, vieille déjà de plusieurs mois et siégeant sur une dent dont le canal était si étroit qu'une sonde de Donaldson n'y pouvait pénétrer que nue : l'antiseptique ne put être introduit que sur la sonde, préalablement plongée dans un véhicule liquide ; cependant la guérison complète fut obtenue dans un laps de temps relativement court.

L'airol, équivalent de l'iodoforme comme antiseptique, a sur lui un avantage considérable à notre point de vue particulier : son absence totale d'odeur. On peut en laisser à demeure dès les premiers jours d'un traitement dans les dents trop infectées pour permettre l'emploi prématuré d'un pansement compressif, sans que le malade en soit incommodé.

A ses propriétés antiseptiques l'airol joint les qualités d'un désodorisant actif, non pas à la façon de l'iodoforme, qui substitue son odeur à celle des produits de décomposition ou qui l'y associe de telle façon que le diagnostic olfactif n'est pas toujours des plus faciles, mais plutôt à la façon de l'eau oxygénée ou du permanganate de potasse, qui détruisent ces matières en les brûlant, avec cette différence qu'ici c'est l'iode et non plus l'oxygène qui agit.

Quant aux propriétés dessiccantes que le Dr Hägler attribue à l'airol, il nous a été également permis de les vérifier et de les utiliser.

Notre attention a été plus tardivement appelée sur ce point, et le nombre de faits que j'ai recueillis est bien plus restreint que celui qui a trait aux qualités antiseptiques du même corps.

Je crois cependant pouvoir assurer que l'airol peut rendre dans le troisième degré des services appréciables. Si après la dévitalisation de la pulpe et son excision complète à la fraise, on laisse en contact pendant cinq ou six jours, avec l'extrémité sectionnée des prolongements radiculaires, un pansement de phénol et d'airol recouvert de gutta-percha, il se produit à ce niveau une dessiccation, une sorte de modification des prolongements radiculaires et la partie ainsi modifiée offre au crochet de Donaldson une prise facile et une résistance suffisante à la déchirure pour qu'il soit, dans le plus grand nombre des cas, possible d'extirper en une seule fois le prolongement tout entier. L'opération est plus facile pour le dentiste et moins douloureuse pour le patient.

Encouragé par ces résultats et raisonnant par analogie, j'ai substitué l'airol aux composés de Witzel et de Miller dans quelques essais de conservation aseptique des mêmes prolongements.

J'ai tenté également un coiffage intégral dans un cas favorable, au moyen du même médicament agglutiné avec de l'essence de girofle et porté sur de l'amiante.

Les résultats actuels sont excellents ; mais ces essais ne datent que de quelques semaines. Cependant ce que je viens de dire des qualités dessiccantes de ce corps, joint à ses qualités antiseptiques, me fait espérer que les résultats ultérieurs seront favorables à ces tentatives.

Ces qualités dessiccantes seront sans doute encore des plus précieuses pour nous dans les cas où une poche kystique, ou simplement une vacuole due à la nécrose de l'extrémité apicale, fournit une exsudation difficile à tarir.

Il n'y a que peu de choses à ajouter sur le mode d'emploi de l'airol. Il est absolument identique à celui de l'iodoforme porphyrisé. Les mèches et les cotons sur lesquels on le porte dans la dent, peuvent être indifféremment et selon les cas imbibés d'eau phéniquée, d'alcool, d'essence de girofle, de solution alcoolique de phénol ou de thymol.

Quel que soit le véhicule, l'airol s'agglutine infiniment mieux que l'iodoforme le plus finement porphyrisé, et il est ainsi plus facilement introduit jusqu'à l'extrémité du canal ; cette facilité à former une pâte fait également qu'il adhère très facilement et très intimement aux parois du canal. La transformation de l'airol en matière jaune orangé, transformation sur laquelle je reviendrai plus loin, est un fait constant, après un séjour de quelques heures dans une cavité : cette couleur très nette et très distincte décèle facilement les moindres traces du médicament.

Il n'est peut-être pas inutile de signaler le petit inconvénient suivant, facile d'ailleurs à éviter : l'airol, laissé longtemps en contact avec un instrument en acier en présence d'une petite quantité d'eau, le recouvre d'une couche noirâtre.

Quant aux expériences dont j'ai parlé plus haut, je dois dire tout d'abord qu'elles ont pour base l'hypothèse que l'iodoforme, le diiodoforme, l'airol, agissent par leur iode. Cette hypothèse, à vrai dire, est confirmée d'une façon générale par ce que nous savons déjà de l'action de l'airol, action d'autant plus efficace que le dégagement de l'iode est plus favorisé par les conditions extérieures. C'est donc sur ce phénomène que mon attention s'est d'abord portée.

J'ai en premier lieu vérifié l'action des acides. Cette action n'est pas générale. L'acide azotique et l'acide chlorhydrique mettent rapidement l'iode en liberté : le premier agit plus complètement, le second plus rapidement.

Avec l'acide sulfurique et les acides organiques, comme l'acide tartrique, l'acide citrique, le résultat est absolument négatif.

La potasse dissout l'airol en lui donnant une belle coloration saumon, mais sans mettre d'iode en liberté.

L'eau chaude, pure ou faiblement chargée de chlorure de sodium et de sulfate de soude, transforme l'airol en poudre brunâtre, sans dégager d'iode.

Aucun des véhicules qui peuvent nous servir à introduire ce médicament sur des mèches, ni l'essence de girofle, ni le phénol, ni le thymol, ni l'alcool, n'a de tendance à le décomposer prématurément en laissant échapper l'iode.

Incorporé à du ciment d'oxyphosphate de zinc, l'airol se transforme en poudre jaune, mais n'abandonne pas son iode.

Dans les mêmes conditions, ni l'iodoforme, ni le diiodoforme n'ont dégagé d'iode. L'airol semble donc céder cet agent actif

avec plus de facilité. C'est là un avantage réel pour le traitement proprement dit ; mais cette propriété, si elle était absolue, pourrait sembler *a priori* une infériorité vis-à-vis de l'iodoforme, dans les cas rares, à la vérité, où nous croyons devoir laisser à demeure sous une obturation définitive un mélange antiseptique. On verra plus loin que cette crainte n'est pas justifiée.

Toute différente est l'action de la chaleur.

Sur un bain d'étain fondu, c'est-à-dire à la température de 228° centig. environ, j'ai déposé de petites quantités d'iodoforme, de diiodoforme et d'airol. Immédiatement l'iodoforme fondit en répandant d'abondantes vapeurs iodées, le diiodoforme se décomposa plus tard et donna lentement et plus longtemps les mêmes vapeurs, en répandant une odeur alliacée des plus désagréables. Au contraire, l'airol se transforma lentement en poudre brun foncé, puis verdâtre et donna tardivement de faibles vapeurs d'une nature différente. J'en fis alors chauffer lentement une petite quantité dans un tube à essai. Je vis que les vapeurs qu'il émettait étaient formées d'une multitude de petites paillettes à éclat métallique qui, venant à se déposer un peu plus haut sur les parois froides du tube, y formèrent l'anneau noir brillant, caractéristique du bismuth. Le résidu avait retenu l'iode qui fut mis en liberté par l'acide azotique.

Ainsi donc, même vers 280° centig., température de sublimation du bismuth, l'airol ne dégage pas d'iode sous l'influence de la chaleur. Il est donc parfaitement inutile de chercher, comme nous le faisons, avec d'autres antiseptiques, à le réduire en vapeurs avec la poire à air chaud et à en imprégner ainsi la dentine. Est-ce là une infériorité vis-à-vis de l'iodoforme ? Malgré les apparences, je n'hésite pas à répondre non, puisque malgré cette différence dans la manière de se comporter, l'airol donne, comme résultat final, des effets aussi bons, aussi rapides que ceux de l'iodoforme.

J'ai recherché ensuite si vraiment, après un séjour dans une cavité de carie, un pansement de cette nature avait cédé de l'iode aux tissus environnants. Voici les résultats de ces recherches :

Un pansement porté sur de l'eau phéniquée fut laissé 48 heures dans un 4e degré, au début du traitement. La quantité d'iode trouvée sur ce pansement fut assez faible : quelques traces sur le coton.

Un pansement d'airol sur du phénol liquide fut laissé 12 heures en contact avec une pulpe dévitalisée par uneapplication de cobalt; une obturation à la gutta-percha fermait la cavité. Le résultat cherché était, comme j'en ai déjà parlé plus haut, d'obtenir un dessèchement, un durcissement de l'organe, mais cette fois de l'organe tout entier. La tentative était sans doute exagérée et l'essai échoua : sur ce pansement il restait une très notable quantité d'iode.

Enfin un pansement de même nature, recouvert également de gutta-percha, fut laissé 48 heures dans un 2e degré avancé. Le véhicule avait été l'alcool absolu. La quantité d'iode trouvée fut considérable, sensiblement égale à celle qu'aurait dégagée la même quantité d'airol directement prise dans le flacon.

Il semblerait donc, et si ces données étaient confirmées, elles se-

raient véritablement importantes, que nous sommes en présence d'un médicament dont l'action, en quelque sorte automatique, s'il était permis d'employer ce mot téméraire, et dans une certaine mesure en raison directe des besoins.

Un point à noter, c'est que dans ces trois cas, comme dans tous les autres d'ailleurs, l'airol avait subi la transformation jaune. Les expériences ci-dessus montrent donc bien que cette transformation ne signifie pas dégagement de l'iode et qu'un pansement, un mélange ainsi modifié dans son aspect, peut encore être et demeurer actif.

Il m'a paru intéressant de savoir ce que signifiait cette métamorphose. J'avais cru d'abord qu'il s'agissait d'une oxydation. Mais ce fut en vain que je tentai de la reproduire à l'aide de divers agents oxydants.

Je soumis alors de l'airol au traitement électrolytique, et voici ce que je constatai : à l'*anode*, il se fait une abondante mise en liberté d'iode, sans altération simultanée de l'apparence du produit ; à *la cathode*, au contraire, le dégagement d'iode est absolument nul, mais l'airol subit entièrement la transformation jaune. Cet airol ainsi modifié, traité par l'acide chlorhydrique, dégage de l'iode dans les mêmes conditions qu'à l'état ordinaire. La transformation jaune semble donc être, *non une oxydation*, mais une *réduction*.

Cette idée est d'ailleurs des plus acceptables au point de vue biologique, et nous savons que dans le quatrième, comme dans le troisième degré, nous sommes en présence des conditions nécessaires pour expliquer une réduction.

Les propriétés réductives de certaines bactéries sont en effet bien établies.

D'autre part, A. Gautier en 1881, puis Erlich en 1890 ont montré qu'un grand nombre de cellules vivantes, sinon toutes, jouissent en certains cas de propriétés réductives puissantes : c'est ainsi que des iodates et des bromates sont transformés par l'organisme en iodures et en bromures ; c'est par le même mécanisme que la bilirubine se transforme en urobiline. Enfin les ptomaïnes mises en évidence par Gautier et sur le rôle desquelles M. Poinsot insiste si volontiers, en pathologie dentaire, sont des substances réductives (A. Gautier, *La nutrition de la cellule.* Revue scientifique, 1894, nº 17).

Un point digne de remarque, c'est que le résidu de cette réduction est un corps actif, un antiseptique connu et estimé, proposé déjà lui-même comme succédané de l'iodoforme : le dermatol.

J'ai cherché à me rendre compte de la proportion dans laquelle cette modification se produit au contact des différents liquides, pouvant servir, dans notre pratique, de véhicule à l'airol, et quoique cela soit en contradiction avec ce que j'ai dit plus haut, d'après les *Médicaments nouveaux*, de l'insolubilité de l'airol, cette modification m'a semblé se produire en raison directe de la dissolution de l'airol dans chacun de ces liquides.

L'alcool absolu et l'essence de cannelle produisent une transformation presque immédiate en donnant une couleur jaune bronzé.

L'eau additionnée de chlorure de sodium agit rapidement en donnant un teinte jaune verdâtre.

Avec l'eau pure, l'action est un peu moins rapide et la coloration jaune d'or.

L'essence de girofle agit peu et lentement ; la teinte est ocreuse.

Le phénol pur n'agit pas du tout.

Ainsi donc, si, comme l'a dit Hägler, et comme le prouve son action dans les 4es degrés au début du traitement, l'airol cède facilement de l'iode au contact des liquides organiques, il ne faut pas généraliser cette propriété. Dans nombre de circonstances au contraire — circonstances qui n'ont guère d'ailleurs d'intérêt que pour nous — il subit une modification plus profonde en apparence qu'en réalité ; et cette stabilité réelle de l'iode a pour conséquence pratique que, comme je le disais plus haut, ce corps, malgré les premières apparences, est apte à former des composés antiseptiques laissés à demeure sous une obturation, dans les cas où l'on croira bon de recourir à ce moyen thérapeutique. Sous ce rapport encore, il ne le cède pas à l'iodoforme. Je crois pouvoir résumer d'un mot ses propriétés en disant : *l'airol agit, le dermatol demeure.*

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces petites questions, il est un fait important qui les domine : la certitude et l'excellence des résultats pratiques. C'est ce fait surtout qui m'a engagé à vous présenter, dans une communication peut-être un peu longue, un antiseptique qui justifiera, je l'espère, entre vos mains, le bien que je viens d'en dire et qui mettra peut-être fin à l'attente où nous sommes du parfait succédané de l'iodoforme.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE.

LES CAUSTIQUES EN ART DENTAIRE.

Par M. le Dr Roy,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

La nature de notre sujet nécessite un chapitre spécial pour les caustiques dont l'usage est si fréquent en thérapeutique dentaire. Il s'agit ici de l'emploi des caustiques dans le but de détruire un organe devenu nuisible (pulpe) ou une production pathologique, et non dans le but d'exercer une action révulsive.

C'est surtout pour la destruction de la pulpe que les caustiques sont employés.

L'action caustique peut s'exercer de deux façons, soit à l'aide du cautère actuel, soit à l'aide du cautère potentiel.

Le cautère actuel est constitué essentiellement par une tige de métal portée au rouge.

Le cautère potentiel ou chimique est constitué par les agents chimiques qui agissent sur les tissus en les détruisant, soit en s'em-

parant de l'eau qu'ils contiennent et en saponifiant les graisses comme la potasse, soit de toute autre façon.

Le type du cautère actuel est une tige de fer ou d'acier pourvue d'un manche de bois dont on porte l'extrémité au rouge sur un foyer quelconque.

Ce cautère n'est plus employé que pour des cautérisations très étendues ; on possède aujourd'hui, pour pratiquer les cautérisations sur des surfaces restreintes, des cautères d'emploi plus commode, le thermo-cautère Paquelin et le galvano-cautère.

Le thermo-cautère dû à Paquelin est basé sur ce fait qu'une tige de platine portée au rouge reste incandescente lorsqu'on fait arriver à son contact des vapeurs d'essence minérale.

Le galvano-cautère consiste essentiellement en une anse de platine dans laquelle on fait passer un courant électrique suffisamment intense pour la rendre incandescente. On donne à cette anse de platine une forme appropriée à l'action à produire.

Dans la pratique dentaire, c'est le galvano-cautère que l'on doit préférer à cause de la finesse des extrémités, des formes variées qu'elles peuvent prendre et de la possibilité de rougir l'instrument seulement au moment où il est appliqué sur le lieu d'action, ce qui met à l'abri des mouvements intempestifs du malade, effrayé par la tige incandescente, lorsqu'on emploie le thermo-cautère.

C'est à celui-ci cependant qu'on aura recours si l'on n'a pas l'électricité à sa disposition (il faut pour le galvano-cautère un courant assez puissant); on pourra même, faute de mieux, employer le cautère actuel simple, mais il est d'emploi difficile par suite de son refroidissement rapide et de la nécessité de le réchauffer constamment.

En dehors des applications révulsives, le cautère actuel est employé pour la destruction des portions exubérantes de gencive qui viennent remplir les caries intéressant le collet des dents ; on pourra s'en servir pour enlever une épulis.

M. Godon a proposé d'utiliser le galvano-cautère pour détruire les filets radiculaires de la pulpe ; mais il est assez difficile de maintenir incandescent le petit fil de platine qui termine la pointe de l'instrument. On emploie dans le même but un fil de cuivre fin monté sur une boule de même métal que l'on chauffe et qui est supportée elle-même par un manche métallique ; cet instrument est peu pratique. M. Amoëdo a eu l'idée d'employer pour cela le thermo-cautère, à l'extrémité duquel il place un fil d'argent suffisamment fin pour pénétrer dans les canaux.

M. Jarre détruit à l'aide du thermo-cautère les portions du bord alvéolaire dépourvues de dents qui seraient pour lui le point de départ constant des névralgies faciales, ainsi que cela avait été signalé par Gross, de Philadelphie.

C'est presque uniquement pour la destruction de la pulpe que l'on emploie les caustiques chimiques en thérapeutique dentaire. Des nombreux caustiques qui ont été employés pour la destruction

de la pulpe dans sa totalité, les composés oxygénés de l'arsenic sont maintenant les seuls en usage.

Les acides minéraux : sulfurique, nitrique, chlorhydrique, sont de puissants agents d'oxydation qui détruisent très rapidement les tissus avec lesquels ils sont mis en contact ; mais leur action est douloureuse et ils attaquent énergiquement les tissus durs de la dent. On emploie cependant l'acide sulfurique sous forme d'acide sulfurique cocaïné pour la destruction des filets radiculaires de la pulpe.

Les bases alcalines : la potasse, la soude, la chaux, agissent en s'emparant de l'eau des tissus et en saponifiant les graisses, mais elles fusent beaucoup et exercent une action au moins cinq fois plus étendue que la surface d'application. On emploie, dans le même but que l'acide sulfurique cocaïné, un mélange à parties égales de potasse et d'acide phénique cristallisé.

Le chlorure de zinc est un caustique très énergique, ne fusant pas, mais très douloureux et qui, à cause de son affinité pour l'eau, devient immédiatement déliquescent. On l'a conseillé également pour détruire les débris radiculaires de la pulpe.

L'acide chromique est un agent d'oxydation qui produit une eschare limitée ; il a été vanté par Magitot dans le traitement de la périodontite.

Les acides organiques, acide phénique, acide lactique, sont insuffisants comme action sur la pulpe pour en amener la destruction ; il faudrait répéter leur application un grand nombre de fois. Il en est de même de la créosote qui a, de plus, le grave inconvénient de ramollir les tissus durs de la dent. On pourra employer ces agents caustiques pour détruire la pulpe des dents temporaires, bien que l'on puisse parfaitement se servir pour celles-ci, et avec avantage, de l'acide arsénieux, employé bien entendu avec les précautions d'usage.

Le nitrate d'argent est un caustique assez fréquemment employé dans la bouche, mais surtout comme agent de substitution ; il a une grande affinité pour les substances albuminoïdes.

Pour la cautérisation pulpaire, l'acide arsénieux est le caustique de choix : c'est lui qui se rapproche le plus du caustique idéal ; il est en effet d'application facile, il ne fuse pas, n'exerce pas d'action sur les tissus durs de la dent, enfin son action est suffisamment énergique et, avec les correctifs que nous avons indiqués, indolore ou à peu près indolore.

Suivant l'explication qui a été donnée par Gubler au sujet du mode d'action de l'acide arsénieux, celui-ci, « appliqué sur les tissus vivants, produit des effets locaux dont le dernier terme est l'escharification suivie d'inflammation éliminatoire ». Cette action ne s'exerce que sur les tissus vivants dont il arrête les actes vitaux :

« Ses effets escharotiques étant d'autant plus prononcés que la vitalité est moindre dans les parties exposées à sa puissance, il produit

en effet des désordres plus profonds et plus rapides dans les tissus exsangues que dans ceux où une circulation active entraîne nécessairement le poison, dans les épigénèses, condamnées à périr prématurément, que dans les parties normales, ayant droit de domicile et naturellement vivaces. C'est ainsi que l'arsenic poursuit au loin les subdivisions d'une masse cancéreuse en respectant les cloisons de l'organe primitif dans les interstices duquel cette production morbide s'est développée, tandis que le caustique sulfurique, par exemple, détruit circonférenciellement tout ce qui se présente sur son passage, comme ferait le fer rouge [1]. En définitive, l'eschare produite par l'arsenic est une sorte de momification plus voisine de l'état asphyxique de la substance cérébrale, au début du ramollissement par oblitération partielle, qu'elle ne l'est de la masse informe et anhiste laissée par la potasse ou par un caustique chimique d'une égale violence [2]. »

« Sur les pulpes en partie mortifiées, sur celles que les progrès de la carie ont mises largement à découvert, sur les sujets âgés où elle est en voie de dégénérescence, l'arsenic ne donne lieu qu'à des douleurs nulles ou faibles. La maladie a commencé l'œuvre de dévitalisation et il reste peu à faire au caustique ; la pulpe n'est plus assez vivante pour donner lieu à une réaction inflammatoire énergique.

« Au contraire, sur les sujets jeunes, quand l'organe est à sa première poussée aiguë, quand la dentine environnante est à peu près saine, quand l'exposition est limitée à une carie, la pulpite est violente, l'action du caustique aussi. Il augmente la congestion, la tuméfaction ; la pulpe, à l'étroit dans sa prison, vient faire hernie à l'endroit dénudé, et, dans ces conditions, on a des douleurs pendant six ou douze heures.

« Quoi qu'il en soit, la mortification complète de la pulpe résulte toujours du contact de l'arsenic et elle est d'autant plus rapide qu'il y a eu inflammation ; si celle-ci a manqué, la mortification peut tarder, mais elle n'en est pas moins la conséquence ultime. Elle se produit même quand l'arsenic n'a pas été mis directement sur la pulpe et, s'il a été placé dans une carie non pénétrante, la mortification des fibrilles entraîne par la suite celle de l'organe central [3]. »

La périostite observée parfois consécutivement à l'application de l'acide arsénieux résulte de la propagation de l'inflammation causée par l'application du caustique.

P. Dubois a préféré l'acide arsénieux à l'acide arsénique plus soluble et moins irritant.

L'acide arsénieux sera employé porphyrisé. Il peut être appliqué soit en nature, la poudre étant portée dans la cavité à l'aide d'une petite boulette de ouate, soit mélangé sous forme de pâte épaisse avec de l'essence de girofle ou une solution alcoolique d'acide phénique. C'est sous cette dernière forme qu'il devra être employé, d'autant mieux que, l'action de cet agent étant généralement douloureuse, on devra l'associer avec la cocaïne, qui rend son action indolore dans la majorité des cas.

---

1. C'est cette particularité qui avait fait donner à l'acide arsénieux, employé dans la pommade du Frère Côme pour détruire les productions cancéreuses, le nom de *Caustique intelligent*. Cette action élective sur les productions néoplasiques n'est malheureusement que relative.
2. Gubler. Commentaires thérapeutiques du Codex reproduits par P.Dubois.
3. P. Dubois. Loc. cit.

On devra veiller avec le plus grand soin à ce que l'acide arsénieux ne se trouve pas en contact avec la gencive qu'il mortifierait ; il pourrait même, si son contact était prolongé, entraîner la mortification d'une portion de la paroi alvéolaire. Aussi un pansement d'acide arsénieux devra-t-il toujours être recouvert de gutta-percha. Le pansement devra rester en place 24 heures; cependant, si l'inflammation n'est pas très vive, si le pansement est bien fait et recouvert de gutta, on pourra le laisser 2 ou 3 jours sans inconvénient.

REVUE DE MICROSCOPIE

Par M. J. Choquet,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons toujours regretté de voir les dentistes français se désintéresser des questions micrographiques, microscopiques et photomicrographiques, questions pourtant si utiles et que nos confrères anglais et américains ont en si grande estime. De façon à tenir les lecteurs de l'*Odontologie* au courant de ces questions, nous donnerons désormais un compte rendu de ce qui aura paru dans les périodiques étrangers ou de ce qui aura été présenté dans les Sociétés étrangères. Aujourd'hui, nous relaterons l'ensemble des communications et présentations faites à l'assemblée générale annuelle de la section microscopique, tenue récemment à Edimbourg.

Quoique cette section microscopique ne soit pas une société dentaire, un grand nombre de nos confrères ont tenu à y présenter ou à y faire présenter les résultats obtenus pendant le courant de l'année.

Qu'il nous suffise de citer MM. Storer Bennett, Dr Colyer, Cunningham, Howard Mummery, F. T. Paul, Andrew Wilson, Pringle, Dall, Dr Grevers, Hopewell Smith et tant d'autres, et l'on pourra à l'avance se faire une idée de l'intérêt que devait offrir cette réunion.

Dans cette assemblée, nos confrères anglais, toujours pratiques, ne se sont pas contentés de montrer des préparations microscopiques ou des observations cliniques avec pièces à l'appui. Comme dans toutes leurs réunions, ils ont fait grand usage de la lanterne à projections, tant pour les préparations elles-mêmes que pour des positifs sur verre ayant trait à l'histologie normale ou pathologique ou à la bactériologie.

Divers instruments nouveaux ont aussi été présentés. Citons, entre autres, le microscope nouveau modèle de Swift et fils, et le microtome de Schanze avec quelques additions très avantageuses. Le président H. Mummery fit même une série de coupes d'une préparation incluse à la paraffine et les membres présents purent se rendre compte de la stabilité de l'appareil et de la finesse des coupes obtenues. Nous doutons cependant que ce microtome donne d'aussi

bons résultats que le Minot que nous avons en France à présent et qui réalise la perfection.

Les auteurs ayant fait leurs présentations aussi bien sur l'anatomie normale que sur l'histologie pathologique ou la bactériologie, nous prendrons celles-ci dans l'ordre où elles ont été faites, quand même il y aurait un peu de confusion dans la classification.

M. Storer Bennett, qui présenta le premier travail, soumit à ses confrères un cas unique, croyons-nous, de consolidation de la racine d'une canine brisée à la suite d'un choc violent. Une sorte de cal, très nettement apparent, avait réuni les tissus durs (dentine et cément) et avait assuré une consolidation parfaite.

Le Dr Colyer avait prêté pour la circonstance différentes préparations parmi lesquelles nous devons signaler une section longitudinale de maxillaire inférieur de chat avec les dents *in situ*.

M. Cunningham, empêché d'assister à la réunion, avait prêté des coupes d'émail défectueux préparées par le Dr Zigismondy.

Le président, M. H. Mummery, soumit alors à l'assemblée de nouvelles préparations obtenues par la méthode de feu le Dr Weill, de Munich. Il fit ressortir tous les avantages que l'on peut retirer de cette méthode et exposa en même temps un mode d'imprégnation des nerfs terminaux de la pulpe dentaire au moyen de fer et de tannin.

Nous sommes absolument partisan de la méthode de Weill qui permet, si l'on suit à la lettre la série des manipulations de fixation, de coloration, de durcissement et d'usure, d'obtenir des préparations dans lesquelles il ne se produit aucun changement notable, surtout pour des éléments aussi délicats que ceux qui composent la pulpe dentaire.

Le seul reproche que l'on puisse faire à ce procédé, c'est la longueur de temps nécessaire pour arriver à mener à bonne fin la coupe que l'on se propose d'examiner.

Pour pallier à cet inconvénient, nous avons repris depuis quelque temps la méthode primitive de durcissement telle qu'elle avait été indiquée par le Dr Kock pour l'étude des corallaires. Par ce procédé, en employant la gomme copal à la place du baume du Canada, on arrive à des résultats tout aussi bons que par la méthode de Weill, et cela tout en économisant 2 ou 3 jours, ce qui est quelquefois à considérer.

Nous tenons à faire une petite remarque au sujet de la coloration indiquée par M. Mummery pour les nerfs terminaux de la pulpe, coloration que l'on obtient au moyen de fer et de tannin. Quoique ce mode d'imprégnation ne nous fût pas personnel, puisqu'il a été indiqué pour la première fois en 1866 par le Dr Polaillon [1] pour l'étude des ganglions nerveux périphériques, nous avons été, croyons-nous, le premier à préconiser l'emploi du perchlorure de fer suivi d'acide tannique pour la coloration des éléments nerveux de la pulpe, dans le *Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste* paru en 1894.

---

1. Polaillon, *Journal de l'Anat. et de la Pathologie*, 1866, page 43.

Outre les préparations elles-mêmes que M. Mummery fit examiner au microscope, il fit quelques projections à la lanterne de certaines parties très délicates de ces coupes.

M. V. F. T. Paul avait prêté pour la circonstance toute une série de préparations de la membrane de Nasmyth.

D'après ses recherches personnelles, l'auteur conclut que la cuticule est de nature purement épithéliale et, à l'appui de son dire, il indiqua un nouveau mode de préparation grâce auquel on peut distinguer, au milieu de la masse, des cellules présentant en certains endroits une apparence régulièrement dentelée et dont les noyaux étaient très nettement indiqués lorsqu'on examinait celles-ci avec un objectif à immersion.

Il est regrettable que la manière d'opérer de M. F. T. Paul ne nous ait pas été indiquée, car, de tous les tissus de la dent, la cuticule est certainement celui au sujet duquel il règne encore le plus d'obscurité. Tout ce que nous pouvons dire, quoique cela nous semble un peu étrange, c'est que l'auteur décalcifie la cuticule de l'émail dans un acide quelconque et que, par la suite, il emploie l'éosine comme réactif colorant.

Le *Dr Stiles* fit des présentations, principalement au point de vue bactériologique, telles que celle de microbes de l'œdème malin du tétanos, etc. Il présenta aussi plusieurs coupes d'un cas d'épulis myéloïde, coupe qui comprenaient non seulement la tumeur, mais le maxillaire sur lequel elle était implantée, avec la gencive et la dent en place, et enfin une coupe de kyste radiculaire contenant de grandes quantités de microcoques.

M. Stewart, dans sa présentation, qui, malgré la valeur des autres, nous semble être de beaucoup la plus intéressante, traita de la formation des maxillaires et des dents à leurs différents stades de développement.

Les coupes de *M. Watson* avaient principalement trait à l'histologie pathologique. Parmi celles-ci, signalons des préparations de dentine secondaire, d'ostéo-dentine, de concrétions nodulaires de la pulpe, de micro-organismes contenus dans une pulpe en putréfaction, des coupes de pulpe à ses différents degrés d'inflammation.

Enfin *M. André Wilson* montra un très beau spécimen d'odontome radiculaire dont une dent surnuméraire était atteinte.

M. Hopewell Smith, pour terminer la séance du matin, présenta toute une série de coupes démontrant très nettement les changements anatomiques que peut subir une pulpe lorsqu'elle est atteinte soit de dégénérescence, soit d'inflammation. L'après-midi M. W. G. Watson donna lecture de son travail sur la Physiologie et la Pathologie dentaire, qu'il accompagna d'une série fort nombreuse de préparations ayant trait à la carie dentaire et aux associations microbiennes qui l'occasionnent. A ces préparations étaient jointes une préparation de carie artificielle, différentes coupes de pulpes pathologiques atteintes d'hypérémie, de pulpite aiguë partielle et totale, de pulpite chronique, de pulpes présentant un commencement de gangrène, des calculs pulpaires, des cas d'hypertro-

phie, de dégénérescence fibreuse, graisseuse, calcaire, etc., etc.

Il fit voir encore des coupes d'ostéo-dentine avec différents systèmes, différents microbes trouvés dans des pulpes en décomposition, des spores d'oïdium albicans, des bacilles tuberculeux en culture, ainsi que les colonies de cette espèce, du staphylocoque doré, du pus provenant d'un cas de gingivite expulsive et offrant, comme espèces microbiennes, trois sortes différentes de microcoques et une espèce bacillaire, du spirillum sputigenum de Miller, des bacilles et des leptothrix provenant d'une dent cariée, des sarcines, etc., etc.

Cette communication occupa la plus grande partie de la soirée et le lendemain eurent lieu des démonstrations à l'hôpital dentaire où *M. Dall* fit une conférence très intéressante sur les obturations de porcelaine, conférence qu'il accompagna de démonstrations à la lanterne.

Le *Dr Grevers*, d'Amsterdam, fit ensuite diverses projections d'anomalies congénitales de la dentine et de l'émail qu'il dit se produire fréquemment dans les dents hypoplastiques.

L'auteur, suivant la forme affectée, divise ces anomalies en :

1° hypoplasie cupuliforme,
2° — cuspidiforme,
3° — sulciforme,
4° — semi-lunaire.

M. Colyer cita un cas très rare de soudure des dents, et enfin le professeur *Hunter* termina la séance par son travail sur une nouvelle méthode d'éclairage des objets que l'on veut photographier avec le secours du microscope.

On procéda ensuite à l'élection du président et les membres se séparèrent en se donnant rendez-vous à l'année suivante.

Comme on peut le voir par ce résumé, les présentations ayant trait à la microscopie étaient fort nombreuses et des plus intéressantes. Espérons donc que bientôt nos sociétés dentaires voudront rivaliser de zèle avec leurs sœurs étrangères et que nous aurons, nous aussi, à la Société d'Odontologie, des présentations fréquentes et fort écoutées ayant trait à l'histologie normale et pathologique de la dent et de la bouche en général, ainsi qu'à la bactériologie générale ou buccale.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 12 mai 1896.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 heures 20.

M. Martinier. — En l'absence de MM. les Drs Frey et Roy, je

vous propose de reporter au mois prochain la lecture et la discussion de la communication de M. Thomson sur *l'élongation des dents dépourvues d'antagonistes*.

Approuvé.

I. — Exposé théorique de l'extraction des dents, par M. Godon.

M. Godon. — Cette communication devait vous être présentée à la dernière séance, et M. Dubois me l'avait déjà demandée pour l'insérer dans le journal. Le malheureux événement qui a attristé notre Société m'a empêché de faire ma communication puisque nous avons levé la dernière séance en signe de deuil et, d'autre part, il était trop tard pour la retirer du journal. Je m'excuse donc de ce qu'elle ait été publiée avant de vous avoir été soumise. Mais, puisqu'elle l'a été, est-il utile de la lire ?

M. Loup estime que ce serait bon, certains membres ayant pu la laisser échapper.

M. Godon en donne lecture (V. le numéro de mars).

DISCUSSION

M. Viau. — Il faut féliciter M. Godon d'avoir choisi une question ancienne, déjà traitée dans les livres classiques, mais qui n'a pas été suffisamment raisonnée, pour en fournir la théorie. Cela prouve qu'on peut faire œuvre utile sans chercher des produits et des procédés nouveaux.

M. d'Argent. — Je m'associe aux conclusions de M. Viau, et je félicite M. Godon de sa théorie originale et claire. Je regrette cependant que M. Godon n'ait envisagé que l'extraction de la dent réalisée par un effort sur ses contours, en négligeant dans son exposé, — qui est une théorie et qui, par cela même, devrait tout envisager, — les bons résultats qu'on obtient en avulsant les racines à l'aide de vis introduites dans leur conduit central, en un mot, en les extrayant comme on retire un bouchon de liège et non comme on ébranle un pavé, l'enveloppe étant fragile. Dans ma pratique, j'ai très souvent extrait des racines à l'aide de la vis, et toujours avec un succès plus grand qu'avec un pied de biche ou un davier, car l'effort est moindre, le choc opératoire presque nul et les lésions sont insignifiantes. Ce sont ces résultats excellents et appréciables qui me font regretter l'omission de cette méthode dans l'exposé théorique de M. Godon.

M. Loup. — Dans l'usage du pied de biche, le point d'appui doit être sur un autre point que lorsqu'on ébranle un pavé : il est dans la paume de la main. En appuyant sur le bord de l'alvéole, comme celui-ci est extrêmement mince, on s'expose à le briser.

Pour le davier, le point d'appui est sur la charnière et, suivant qu'il est placé à une distance plus ou moins grande, nous avons une force plus grande. Ce point d'appui se trouve toujours dans un axe qui serait le milieu de la courbure des mors.

M. Stévenin. — M. Loup se trompe en disant que l'appui du pied de biche n'est pas dans l'alvéole.

M. de Marion. — M. Godon a très bien expliqué la chose au point

de vue technique. La résistance est au bout du point d'appui et change constamment.

M. Godon. — Je n'ai pas l'intention d'avoir inventé l'extraction. J'ai remarqué combien les différents traités sur la dentisterie opératoire sont confus dans l'indication des divers instruments d'extraction. Les catalogues des fabricants en énumèrent un si grand nombre que le choix devient difficile. J'ai voulu simplement faire pour l'étudiant un exposé plus simple et plus clair du rôle des divers genres d'instruments. La langue de carpe est certainement l'instrument le plus simple. Ces gens qui dans les campagnes enlèvent des dents avec la pointe d'un sabre ou plus simplement avec une lame de couteau procèdent en somme comme nous le faisons avec la langue de carpe. Je prends comme type d'élévateur la langue de carpe. Quand le paveur dont je parle introduit son pic entre deux pavés, en l'appuyant sur l'un d'eux, il agit comme nous : il y a les mêmes mouvements d'enfoncement, d'éboulement et de renversement.

Le pied de biche n'est qu'une application de la langue de carpe ; c'est un levier du premier genre. Quant à l'objection relative au davier, M. de Marion y a répondu.

Je n'ai d'ailleurs présenté à la Société cette communication que sur la demande de quelques-uns de nos collègues du corps enseignant. J'ajoute que c'est uniquement au point de vue de l'enseignement que je l'ai faite, car il ne suffit pas de dire aux élèves : « Voilà des daviers, choisissez celui qui convient » ; il faut aussi leur donner des explications qui leur permettent de faire facilement le choix.

M. Meng. — Dans l'idée de M. Godon nous devons prendre exemple sur le paveur. Il est à craindre, dès lors, si nous disons cela à l'élève, qu'il ne cherche son point d'appui sur la partie voisine, car, si elle est plus faible, c'est elle qui cédera. Le davier n'est, en quelque sorte, que le prolongement de la dent, c'est donc sur lui que vous portez votre puissance, qui se transmet ensuite à la dent. Pour moi, je suis partisan de la théorie des Chinois qui consiste à planter des clous pour les arracher avec les doigts, au lieu de se servir de tenailles. Si nos doigts étaient assez solides, nous nous passerions de daviers et nous ne prendrions pas de point d'appui sur les organes voisins.

M. d'Argent nous a fait une comparaison avec le bouchon enfoncé dans le goulot d'une bouteille et arraché avec un tire-bouchon. Là, de même que dans l'usage du foret, il n'y a pas appui sur le goulot et je suis d'avis qu'on n'agisse que sur l'organe à extraire.

M. Viau. — M. Godon n'a pas entendu faire une leçon sur l'extraction des dents, mais seulement fournir une théorie explicative de l'emploi des divers instruments.

M. Martinier. — Le travail de M. Godon trouvera sa place dans l'enseignement, où il sera complété par des démonstrations cliniques.

II. — Note sur l'airol, par M. Mahé.

M. Mahé. — Quoique je désire ne pas abuser de vos instants,

je vous demanderai de me permettre quelques mots de préambule.

J'ai eu l'honneur, ces jours derniers, de formuler une demande d'admission dans l'Association générale, ainsi que dans la Société de l'Ecole, et par suite dans la Société d'Odontologie.

Les articles 4 et 6 de vos statuts portent que tout membre nouveau doit vous présenter un travail ayant trait à l'odontologie : ce travail est une des conditions d'admissibilité.

C'est pour me conformer au règlement que je vais vous lire la note suivante. Cependant, et c'est là que j'en voulais venir, cette note n'a que fort peu les caractères d'un travail d'introduction. Elle n'avait pas en effet été rédigée dans ce but, et, s'il vous en souvient, M. Loup devait déjà vous la présenter en mon nom dans votre dernière séance. Elle n'a pu vous être lue alors par suite de la remise de cette séance, et dans l'intervalle je prenais la résolution d'entrer dans votre Société. Partagé entre le désir de ne pas retarder mon admission jusqu'à la production d'un travail plus sérieux et la crainte d'être taxé d'insuffisance, je me suis cependant résigné à courir ce dernier risque.

Je fais donc appel à votre indulgence, pour un travail certainement bien inférieur à ceux que vous présentent d'ordinaire dans les mêmes conditions ceux qui aspirent à l'honneur d'être admis parmi vous.

(Il donne ensuite lecture de sa communication. Voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Loup. — J'ai essayé l'airol, surtout dans les 3es degrés, et j'ai trouvé qu'il rend des services considérables, comparé à l'iodoforme. Néanmoins, je n'ai pas encore de résultats absolument catégoriques.

M. Viau. — Je m'en suis servi également dans le traitement des caries compliquées, sans avoir fait de mélange, et j'ai assez bien réussi. J'en ai introduit dans les cavités après avoir lavé à l'alcool absolu. Quelques jours après j'ai débouché ces cavités et retrouvé ma poudre avec un aspect jaune doré. Je demande à M. Mahé si c'est normal.

M. Mahé. — Oui, c'est un fait constant.

J'ai employé tous les véhicules possibles avec ce produit, et je l'ai toujours trouvé dépourvu d'odeur et d'irritation.

M. de Marion. — Tous les antiseptiques sont bons quand ils sont appliqués par des gens consciencieux ; mais ce qu'il nous faut, c'est un médicament faisant de l'antisepsie à distance. Or, l'iodoforme est loin de remplir cette condition, et, si l'airol lui ressemble, c'est fâcheux. Je ne vois pas en effet comment il pourrait diffuser son action, et c'est là pourtant ce que nous devons chercher. L'iodoforme est donc un mauvais médicament, et même les meilleurs antiseptiques ne sont pas parfaits.

M. Mahé. — Au point de vue clinique, depuis le mois de novembre l'airol nous donne des résultats excellents.

M. Poinsot. — L'iodoforme dégage des vapeurs d'iode qui traversent profondément les tissus, et, à la suite de pansements avec cet

agent, il n'est pas rare de voir des kystes entrer en évolution. Au bout d'un certain temps cette évolution a pour effet de rendre la situation plus mauvaise qu'auparavant. C'est même là un moyen de s'assurer de la valeur pathologique des mauvaises dents.

M. de Marion. — Tous les jours on voit employer l'iodoforme pour des opérations hors de la bouche, et cela n'empêche pas la suppuration.

Un membre. — Ce sont les lavages au sublimé qui font quelque chose.

M. Viau. — Je partage l'avis de M. Poinsot et non celui de M. de Marion. « Dans le pansement d'une plaie, dit ce dernier, vous saupoudrez d'iodoforme, pour ainsi dire, et vous n'avez pas l'antisepsie désirable. » En art dentaire nous bouchons un corps solide ; si l'iode se dégage, les vapeurs peuvent pénétrer dans la partie étranglée du canal et y demeurer ; il n'en est pas de même en grande chirurgie. L'iodoforme peut donc être insuffisant dans cette dernière et suffisant pour les dents.

M. Mahé. — C'est juste.

M. Meng. — Il y a trois mois, une patiente se présente chez moi avec un plombage mal fait par un docteur en médecine ; dessous il y avait beaucoup d'iodoforme, et au-dessous une pulpe sectionnée vivante et d'aspect excellent.

M. Godon. — M. Viau a raison quand il dit qu'on ne peut pas comparer les effets de l'iodoforme en grande chirurgie à ce qu'ils sont chez nous. A la suite d'expériences Miller était arrivé à cette conclusion que l'iodoforme n'empêche pas la continuation de certaines fermentations, mais il attribuait son action indéniable en chirurgie dentaire aux divers véhicules antiseptiques avec lesquels il est généralement associé. Cette action est-elle due à l'action seule du véhicule ou à l'association des deux médicaments? Cela n'est pas dit. Quoi qu'il en soit, les critiques contre l'iodoforme sont réelles.

M. d'Argent. — L'action de cet agent est due à la chaleur qui, en le décomposant, fait dégager des vapeurs d'iode.

Quand M. Mahé commence-t-il le traitement avec l'airol, lorsqu'il y a du pus ?

M. Mahé. — Dès le premier jour j'emploie l'airol, quand vous employez l'iodoforme.

M. d'Argent. — Vous ne guérissez pas avec l'airol seul?

M. Mahé. — Non, j'emploie des véhicules, surtout le phénol.

M. d'Argent. — Cela suffit à tarir le pus ?

M. Mahé. — Oui.

M. d'Argent. — Le phénol est pour nous un médicament très recommandable.

M. Viau. — M. d'Argent dit que l'iodoforme est efficace quand on emploie l'air chaud. Pour moi, j'ai toujours employé l'iodoforme sec et l'airol de même, sans véhicule.

M. d'Argent. — Malgré tout, je préconise et je défends la théorie de la vaporisation dans les canaux radiculaires inaccessibles à la sonde et envahis par les vapeurs d'iode.

M. Poinsot. — L'iodoforme protège la cellule vivante.

M. Martinier. — Il convient de remercier M. Mahé de sa première communication et de lui demander qu'elle soit suivie de beaucoup d'autres semblables.

III. — Appareil de restauration buccale a la suite d'une opération sur le maxillaire supérieur, par M. Georges (de Cette).

M. Poinsot. — M. Georges est un nouveau membre de notre Société qui, lui aussi, tient à lui payer son tribut ; il faut l'en remercier. Je suis chargé par lui de vous donner lecture d'une note sur ce sujet, de vous présenter ces moulages et de les offrir au musée de l'Ecole.

M. Martinier. — La Société exprime ses remercîments à M. Georges.

IV. — Interprétation au sujet d'un appareil d'hippopotame porté depuis deux ans, par M. Poinsot.

M. Poinsot. — Il y a quelque temps je recevais la visite d'une dame ayant besoin de soins et je tombai en arrêt devant un appareil en hippopotame qu'elle portait. Comme cet appareil était fort curieux, je lui proposai de lui en faire un en caoutchouc, en remplacement de celui qu'elle avait, avec prière de me donner ce dernier. Elle accepta.

Cet appareil, porté pendant deux ans, est bien conservé en avant et à l'intérieur, mais il ne l'est ni à droite ni à gauche. Pourquoi ces altérations ? A cause des salives certainement, de la salive sublinguale qui est alcaline ou neutre, de celle des parotides qui est acide.

En général nous avons raison de dire à nos patients de bien mâcher les aliments, car alors les salives alcalines neutralisent les acides. Les personnes mâchant mal ont des dents atteintes par certaines salives ; plus on mâche, plus on a de salive, moins on boit et mieux on digère. Les sauvages ne boivent pas pendant les repas.

A propos de salive, je puis vous citer une anecdote assez caractéristique.

Il y a quelques années une de mes patientes, qui gardait le lit depuis deux ans, me fit venir près d'elle parce que ses dents jaunissaient. Je lui recommandai de mâcher. Elle me répondit : « Mais je ne mange pas ! » — « Ne mangez pas, répliquai-je, mâchez, puis crachez. » Je formule certaines choses parce que cette personne avait la salive acide et je me retire. Quelques jours après je suis mandé près d'elle et elle me dit : « Ma salive n'est pas acide, c'est mon médecin qui l'affirme. » Ce dernier était présent dans une pièce voisine, elle le fait entrer, me présente à lui ; puis, comme elle avait de la salive dans un verre, elle y trempe du papier de tournesol, qui, en effet, ne rougit pas. Alors je recueille de la salive sur la parotide, j'y trempe le tournesol et il rougit. J'avais donc raison et je me tirai de cette difficulté à l'honneur des dentistes.

Les salives ont quelquefois peu d'action sur certaines dents richement calcifiées, car celles-ci se défendent.

Pour en revenir aux appareils en hippopotame, ils permettent

très bien de manger et certaines personnes s'y habituent davantage. Pour les redressements l'hippopotame rend des services extraordinaires.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire général,
J. D'ARGENT.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Séance du 14 avril 1896.

Présidence de M. le Dr QUEUDOT.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. le Président donne lecture d'une communication envoyée par *M. Hélot*, de Brest, ayant pour titre: RÉSECTION PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. PROTHÈSE IMMÉDIATE PAR M. TANGUY, DE LANDERNEAU.

M. Anjubault présente deux modèles en plâtre ayant trait à un cas de prognathisme observé dans sa clientèle: l'un représente la difformité très exactement, le second donne la reproduction de la difformité corrigée par un procédé extrêmement simple.

M. Toulouse fait une démonstration sur l'emploi de l'or du Dr de Trey.

Au point de vue de la rapidité de l'opération et de la solidité de l'obturation, cet or offre un immense avantage sur tous les autres.

M. Ducournau. — N'est-il pas à craindre que des infiltrations puissent se produire?

Lorsque le tassement est bien fait et que les bords sont solidement recouverts, cet inconvénient n'est pas à craindre.

M. Damain. — Peut-on se servir de l'or de Trey pour obturer les canaux?

M. Toulouse. — Cela n'est pas nécessaire; je me contente d'obturer avec le ciment; on peut aussi se servir d'étain pour obturer le fond de la cavité; l'or adhère aussi solidement et cet alliage empêche facilement les infiltrations de se produire.

M. Amoëdo. — Au mois d'août dernier, j'ai assisté à la séance annuelle de l'*American Dental Society* d'Europe tenue à Boulogne-sur-Mer et j'y ai vu la première démonstration faite en France avec l'or « Solila », par le Dr de Trey fils.

Depuis cette époque je me sers exclusivement de cet or et ne pourrais plus m'en passer.

Dans ces dernières années je m'étais servi de l'or Wolrab; mais cet or, qui est cependant un des plus faciles à manipuler, demande bien plus du double de temps et de peine que celui du Dr de Trey. Avec le premier, on ne peut pas obtenir de surface nette avec les fraises à finir, et puis l'or adhère aux brunissoirs. L'or Solila, au contraire, laisse une surface très nette avec les fraises à finir et n'adhère pas aux brunissoirs.

La plupart des obturations que je faisais autrefois avec de l'amal-

game, je les fais maintenant avec cet or, avec une réelle économie de temps, car l'amalgame demande quelques moments pour être préparé, tandis que l'or est tout prêt. Le remplissage de la cavité se fait à peu près dans le même espace de temps. En outre, une fois l'obturation finie avec l'or, on peut mastiquer immédiatement après, ce qui n'est pas le cas avec de l'amalgame.

Dans toutes les cavités profondes et particulièrement interstitielles allant jusqu'à la gencive, je remplis le fond avec de l'étain.

Cela facilite énormément le travail et, par suite de la sulfuration de l'étain, l'obturation devient antiseptique et préserve ainsi la dent de toute carie secondaire.

L'union entre l'or et l'étain est tellement intime, après que ces métaux ont séjourné quelque temps dans la bouche, que si l'on veut les séparer, le trait de fracture se fera au niveau d'un des deux métaux et jamais au niveau de leur union primitive.

J'ai lu dans une circulaire que l'on pouvait enrouler l'or dans une serviette. J'ai essayé de remuer une serviette propre entre mes doigts dans un rayon de soleil, et les parcelles de fils et poussières qui s'en dégageaient étaient tellement nombreuses que je crois nuisible pour l'or une technique semblable.

Au mois de septembre dernier, un de nos confrères de l'Ecole ici présent a bien voulu me permettre de lui faire, à titre d'essai, une grande reconstitution d'incisive médiane avec cet or. Cette aurification comprend tout le bord tranchant et le bord interne. Elle est retenue uniquement par deux petites vis en or placées des deux côtés de la pulpe. Celle-ci est encore vivante. L'articulation entre les incisives supérieures et les inférieures se fait bout à bout, et, par suite de la pression continuelle exercée par les dents inférieures sur l'or, celui-ci est replié sur-lui-même, présentant des bavures sur les côtés. Mais après sept mois de ces services forcés, cette aurification, comme vous pouvez vous en rendre compte, est encore en très bon état.

J'ai déjà fait quelques aurifications dans mon service à l'Ecole odontotechnique avec l'or Solila, afin de mettre les élèves au courant de ce nouveau produit ; mais je ne crois pas avantageux pour eux de s'en servir au commencement de leurs études. Car s'il est vrai que l'or Solila soit relativement facile à manipuler, il n'est pas moins vrai qu'il faut observer toutes les règles générales pour mener à bien une obturation ; il faut bien préparer la cavité, comprendre dans celle-ci les fissures des molaires et avoir soin surtout de condenser l'or contre les bords des parois de la cavité et de bien remplir ces fissures.

M. le Directeur de l'Ecole présente un jeu de fouloirs indispensables pour travailler l'or « Solila », avec des ciseaux et brucelles spéciaux, que M. Kœlliker, dépositaire des produits inventés par le Dr de Trey, offre à l'Ecole Odontotechnique.

La séance est levée à onze heures.

(Extrait de la *Revue Odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

Séance du 20 janvier 1896.

Présidence de M. Pietkiewicz, vice-président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Marchandé présente le moulage de la mâchoire supérieure d'un enfant de neuf ans sur lequel on constate, entre les deux incisives médianes, la présence d'une dent à forme conoïde n'ayant aucun des caractères anatomiques de la petite incisive ni de la canine, ainsi que la présence, des deux côtés, de la petite incisive et de la canine temporaires. Cette dent n'est-elle pas la petite incisive, qui par déviation serait venue entre les deux incisives médianes, ou n'est-ce pas une dent supplémentaire?

M. Marchandé pense qu'il s'agit d'une dent supplémentaire.

La difficulté de diagnostic ne pouvait surgir que du fait que les dents temporaires ne sont pas encore tombées.

DISCUSSION.

M. Rodier estime que c'est une dent surnuméraire.

M. Saussine a vu quelquefois ces dents soudées à la grande incisive par l'extrémité des racines; l'extraction est alors très difficile.

M. Pietkiewicz. — Ce cas d'anomalie de forme des petites incisives est assez fréquent; cette dent est presque toujours alors conoïde. En ce qui concerne l'observation de M. Saussine, on trouve quelquefois, à la face interne des incisives médianes supérieures, un petit tubercule conique, qui, lorsqu'il est très développé, simule une dent distincte, surtout lorsqu'un petit éperon de gencive recouvre la bifurcation. Le cas de M. Saussine serait donc une anomalie de forme et le cas de M. Marchandé une anomalie de nombre.

M. Richer cite un cas d'anomalie dans lequel une canine définitive occupait la place de la petite incisive supérieure droite. La canine de lait du même côté n'était pas encore tombée.

M. Bouvet cite un autre cas où il n'existait pas de petites incisives supérieures, elles étaient remplacées par des canines.

M. Marchandé lit une

NOTE SUR UN CAS DE PERSISTANCE DE DENTS DE LAIT

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, chez laquelle il existe encore les canines et les petites incisives de lait et qui n'a comme molaires définitives que les premières grosses molaires inférieures et supérieures. Toutes ses dents temporaires sont très solides et dans un état de conservation parfaite.

DISCUSSION

M. Saussine a vu un cas d'anomalie chez une femme dont la dentition temporaire avait été complète, mais qui, à 28 ans, ne possédait que six dents définitives: quatre en haut, deux incisives médianes et les deux dents de sagesse seulement.

M. Pietkiewicz trouve ce cas intéressant, mais non unique. Un de ses

patients, âgé de 25 ans, qui avait eu une dentition temporaire complète, possédait encore cette dentition, à laquelle étaient venues s'ajouter les quatre premières grosses molaires définitives, ce qui lui faisait 24 dents. Mais, dans ce cas, les deuxièmes petites molaires de lait atteignent souvent la dimension d'une grosse molaire.

M. Saussine lit une

UNE NOTE SUR UN CAS D'ÉPULIS.

Il a détruit cette épulis au thermo-cautère le 10 décembre 1895; il n'y a pas encore eu de récidive.

DISCUSSION.

M. Marchandé pense qu'il ne s'agit pas là d'une épulis sarcomateuse, qui généralement récidive.

M. Pietkiewicz. — Le mot épulis signifie tumeur de la gencive. Ce terme est donc insuffisant, et il est nécessaire de diviser ces tumeurs en fibreuses, sarcomateuses et tumeurs à myéloplaxes. Ces tumeurs récidivent souvent et nécessitent une résection alvéolaire quelquefois étendue. Le point de départ se trouve souvent sous la cloison alvéolaire. M. Redier (de Lille) a publié une observation dans laquelle l'extraction des deux dents voisines de la tumeur avait amené, avec la résorption du bord alvéolaire, l'affaissement et la disparition complète de celle-ci.

La séance est levée à 10 heures.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Traitement des leucoplasies buccales. — II. Collodion à l'ammoniaque contre les piqûres d'insectes. — III. Ether phéniqué pour pulvérisations anesthésiques. — IV. L'odol. — V. Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. — VI. L'antisepsie buccale dans l'art dentaire. — VII. Mélange pour l'anesthésie locale. — VIII. Traitement de l'haleine fétide. — IX. Succédanés de l'iodoforme. — X. Enlèvement de l'odeur de l'iodoforme.

I. — Traitement des leucoplasies buccales.

Par M. E. Leistikow.

Silex finement pulvérisé	3	grammes.
Résorcine	6	—
Axonge	1	—

M. (u. ext.)

Appliquer cette pâte plusieurs fois par jour entre les repas et au moment du coucher avec de petits tampons fixés au bout d'une tige et frotter légèrement les plaques, qui se ratatinent au bout de huit à quinze jours pendant que la muqueuse se congestionne. A ce moment on badigeonne les plaques avec le baume du Pérou. La guérison survient peu à peu.

L'incorporation du silex à la pâte a pour objet de faciliter la pénétration de la résorcine en jouant le rôle d'un adjuvant mécanique.

II. — Collodion a l'ammoniaque contre les piqures d'insectes.

La *Médecine moderne* indique la formule suivante :

Ammoniaque	40 gouttes
Collodion	3 grammes
Acide salicylique	30 centigr.

Appliquer quelques gouttes de cette solution sur les parties piquées ou mordues.

III. — Ether phéniqué pour pulvérisations anesthésiques.

Par Richardson.

Acide phénique	0 gr. 25 cent.
Ether sulfurique anhydre	25 —

Faites une solution pour pulvérisations. — L'anesthésie cutanée s'obtient avant que le froid se produise et permet d'inciser la peau. Si l'on continue les pulvérisations, on peut procéder sans douleur à la dissection des tissus plus profondément situés. De plus, le malade n'éprouve point les douleurs de retour, même lorsque l'anesthésie a été de longue durée. Cependant, il est important de savoir qu'il peut être absorbé par les tissus une quantité d'acide phénique suffisante pour amener des symptômes d'intoxication.

(*Union médicale.*)

IV. — L'odol[1].

On préconise depuis quelque temps en Belgique un dentifrice, désigné sous le nom d'*odol*, auquel on attribue des propriétés antiseptiques dont il jouit réellement.

Quelques personnes pensent que l'odol ne serait que de la créoline parfumée; cette assertion est erronée ; un chimiste allemand estime que c'est un mélange d'essence de menthe, de vanilline, de saccharine, d'essence de cumin et de salol.

D'après M. Van Heurck, directeur du Jardin botanique d'Anvers, professeur de chimie à l'Ecole industrielle, l'odol renferme de la saccharine, de l'essence de menthe et de fenouil, mais ce chimiste n'y a trouvé ni essence de cumin, ni carvol, ni salol. Il a soumis ce dentifrice à la distillation, et il a obtenu de l'alcool et les essences ci-dessus mentionnées. Le résidu contenait de la saccharine et une huile légèrement colorée en jaune, d'odeur faible, rappelant celle de l'essence de géranium ou de l'essence de cèdre, de réaction neutre, soluble en toutes proportions dans l'alcool. Cette huile se dissout dans la lessive de soude, mais en se décomposant, car si l'on acidifie pour enlever l'alcali, l'huile ne se reforme pas ; on voit se former une substance cristalline, présentant les réactions de l'acide salicylique, et on reconnaît en même temps la présence de minimes quantités

1. Rappelons que la formule de l'odol a été donnée depuis. Cette formule est la suivante : salol, 3,5 — alcool (95°) 90,00 — eau distillée, 4,0 — saccharine, 0,2 — huile de menthe LX gouttes — huile d'anis, huile de fenouil, VI gouttes — huile de girofle, II gouttes — huile de cannelle, I goutte.

de phénol. Ce sont sans doute ces réactions qui ont fait croire que l'odol contenait du salol; or, l'huile en question se dissout en toutes proportions dans l'alcool, tandis que le salol est difficilement soluble dans ce véhicule; d'autre part, cette huile ne peut être considérée comme du salol en surfusion, car elle ne se solidifie pas lorsqu'on y ajoute un cristal de salol.

Les expériences faites par M. Van Heurck lui ont permis de constater que le corps huileux dont il vient d'être parlé est doué de propriétés antiseptiques assez énergiques; il empêche la putréfaction de la viande, et s'oppose au développement de certains microbes. La proportion de ce corps contenue dans l'odol serait, d'après M. Van Heurck, d'environ 4 à 5 0/0. Quel est ce corps? M. Van Heurck l'ignore.

(*Journal de pharmacie d'Anvers.*)

V. — Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. Etude expérimentale et clinique.

Par MM. Monod et Macaigne.

Les auteurs ont recherché dans leurs expériences laquelle des deux substances, oxycyanure de mercure à 5 pour 1 000 et sublimé à 1 pour 1.000, satisfaisait le mieux aux conditions suivantes :

1° Empêcher le développement d'une culture de streptocoque ou de staphylocoque.

2° Arrêter le développement d'une culture en activité ou la tuer.

3° Stériliser un corps souillé.

Le travail se termine par les conclusions suivantes :

De ces expériences très simples il résulte donc ce fait indiscutable que l'oxycyanure de mercure en solution à 5/1,000 jouit de propriétés antiseptiques plus puissantes que le sublimé en solution à 1/1,000, celle qui est communément employée.

Mais, dira-t-on, à cette dose relativement forte, l'oxycyanure de mercure n'est-il pas d'un maniement dangereux, soit pour le chirurgien, soit pour le malade? Ne doit-on pas, pour ce dernier en particulier, redouter de graves accidents d'intoxication?

A cette question, qui se présente tout naturellement à l'esprit, je réponds par une simple constatation. Depuis plus de quatre ans que je fais couramment usage de ce produit, soit à l'hôpital, soit en ville, je n'ai observé que deux fois une intoxication sans importance, une stomatite légère et de courte durée, survenue l'une et l'autre fois dans des conditions toutes spéciales. La première fois, il s'agissait d'une malade chez laquelle une garde-malade, qui avait mal compris mes instructions, injecta, matin et soir, dans une cavité suppurante close, la solution d'oxycyanure à 5/1,000. La seconde fois, l'accident est survenu entre mes mains, à la suite d'un lavage du péritoine avec la même solution non suffisamment étendue d'eau. Il n'est pas douteux que, dans les mêmes circonstances, le sublimé aurait eu les mêmes inconvénients.

Il faut cependant retenir de ces faits que l'on doit se garder de

faire usage de la solution d'oxycyanure à 5/1,000 toutes les fois qu'on aura à craindre que le liquide ne séjourne dans le lieu où il aura été injecté.

J'ai renoncé aussi à m'en servir pour les pansements humides de plaies ouvertes, non à cause d'une intoxication possible, mais en raison de l'extrême douleur que l'application de la solution cause aux malades.

Ces deux points réservés, la solution d'oxycyanure nous paraît appelée à rendre les plus grands services, surtout si l'on se place au point de vue pratique de l'antisepsie opératoire, puisque grâce à elle on obtient sans peine et sûrement la désinfection rapide des mains et des instruments. Je fais remarquer, de plus, l'avantage qu'il y a à n'utiliser pour les opérations qu'un seul produit, qui dispense des antiseptiques multiples ordinairement en usage dans les amphithéâtres.

Au sujet des instruments, j'ai une autre réserve à faire. Des instruments nickelés, conservés depuis quarante-huit heures dans une solution d'oxycyanure, préparée avec le sel acheté dans le commerce, n'ont subi aucune altération. Ils se couvriraient cependant à la longue d'une légère couche d'oxyde noir de mercure qui disparaît à la moindre friction.

Il faut noter toutefois que les pinces à manche doré, employées dans les laparotomies, ne résistent pas à l'action de l'oxycyanure. On peut en dire autant des instruments à manche en aluminium.

Deux ou trois fois, à notre grand étonnement, les instruments plongés dans l'oxycyanure étaient revêtus, au bout de quelques instants, d'une couche noirâtre, en même temps que des bulles de gaz se développaient à leur surface. Il nous a semblé que ce phénomène survenait lorsqu'il y avait en présence dans le même bassin des métaux différents, argent, or, acier simple ou acier nickelé, aluminium, etc. Il est probable qu'il se produit, en ce cas, entre ces métaux divers, des courants électro-chimiques qui déterminent la décomposition de l'oxycyanure.

Mais, nous le répétons, si l'on ne se sert que d'instruments d'acier poli ou bien nickelés, le métal demeure, au cours d'une opération moins longue, absolument intact.

Pour ce qui est des mains du chirurgien, nous ne pouvons que redire qu'elles supportent admirablement le contact de la solution d'oxycyanure à 5/1,000. Les ongles n'y prennent pas cette teinte noire, si désagréable, qui résulte de l'action prolongée du sublimé. Parfois, au début, on remarque sur les avant-bras une rougeur accompagnée de cuisson, qu'on attribue à l'action de l'oxycyanure auquel on n'est pas habitué. Cette rougeur disparaît d'elle-même au bout de quelques jours, et ne se reproduit pas, malgré l'usage continu de la substance incriminée.

Terminons par un détail de technique. L'oxycyanure se dissout à froid, dans la proportion indiquée, mais cette dissolution est lente. Il peut y avoir avantage à la faire à chaud. L'eau ne doit pas cependant être bouillante, car à cette température, elle pourrait amener

la décomposition du sel : on se servira, pour préparer la solution, d'eau tiède de 30 degrés à 40 degrés. Pour la même raison, on évitera d'ajouter de l'eau bouillante à une solution forte d'oxycyanure, lorsqu'on voudra l'étendre pour applications ou injections chaudes.

Nous résumerons tout ce qui précède dans les trois courtes propositions suivantes :

1° L'oxycyanure de mercure en solution à 5/1,000 se montre, dans les expériences de laboratoire, d'une valeur antiseptique toujours aussi grande, et souvent plus grande que le sublimé en solution à 1/1,000.

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé, il offre de plus l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien.

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

(*Presse médicale.*)

VI. — L'antisepsie buccale dans l'art dentaire.

M. le Dr Daniol préconise le savon comme un des meilleurs antiseptiques de la bouche, ainsi que l'a indiqué M. le Dr Jean Camescasse, et a constaté tous les bons effets que l'auteur rapporte dans les termes suivants :

On obtient ainsi :

1° La disparition définitive de la fétidité de l'haleine, du mauvais goût persistant perçu par le patient ;

2° La guérison sans retour des suppurations péridentaires, alvéolaires et autres, causées par l'existence des chicots.

Cette guérison s'obtient, indépendamment de l'extraction des chicots, par le seul secours du savonnage et du rinçage de la bouche avec une solution faiblement antiseptique, une des formules suivantes, par exemple, une cuillerée à café dans un verre d'eau :

Acide thymique	0	gr. 25 centigr.
— benzoïque	3	grammes.
Teinture d'eucalyptus	15	
Alcool à 70°	100	
Essence de menthe	0	75

ou encore :

Acide thymique	0	gr. 15 centigr.
Bichlorure d'hydrargyre	0	02
Acide benzoïque	3	
Teinture d'eucalyptus	15	
Alcool	100	
Essence de menthe	0	75

Ces chicots redeviennent même des organes propres à la mastication.

3° L'arrêt des caries dentaires en cours d'évolution. Ce phénomène ne se produit qu'au bout de quelques semaines, mais il est des plus nets. Les dents cariées ont cessé d'être douloureuses.

4° La préservation des dents saines.

Un point important dans la préparation de l'eau savonneuse est de se servir d'une eau débarrassée de tous ses éléments calcaires. On emploie pour cela du carbonate de soude et on filtre. Quant au modus faciendi, il est des plus simples :

La brosse à dents humide est passée sur le savon quelconque qui sert à la toilette et de là portée sur les dents.

Il faut être à jeun, au moins les premières fois, sans quoi l'effet nauséeux va jusqu'au vomissement, soit dès le début, soit quand la brosse s'adresse à la face interne des dernières molaires supérieures et touche ainsi le voile du palais.

Il faut également gratter la langue pour peu que l'état saburral soit prononcé.

En fait d'antisepsie buccale, tout a été employé, et rien n'a donné de résultats amplement satisfaisants.

Tantôt on a employé des antiseptiques à haute dose, et si l'on a pu être utile, au point de vue microbien, on a pu nuire à l'épithélium buccal. Tantôt, au contraire, les antiseptiques employés ont une action illusoire et nous donnent une fausse sécurité.

En somme, M. Daniol recommande les soins journaliers suivants :

1° Matin et soir, se brosser les dents avec une brosse convenable et pratiquer le savonnage de la bouche ;

2° Puis se brosser les dents avec une poudre dentifrice, de façon à empêcher le tartre de se développer ;

3° Se rincer ensuite la bouche avec un des élixirs dont il est parlé plus haut ;

4° Faire usage du rince-bouche après chaque repas.

VII. — Mélange pour l'anesthésie locale.

Employé par M. Dobisch, pour anesthésier la peau dans les petites opérations, ce mélange doit être pulvérisé sur le champ opératoire avec le pulvérisateur de Richardson :

Chloroforme	20	grammes.
Ether sulfurique	30	—
Menthol	2	—

F. S. A. — On obtient l'anesthésie dans l'espace de quatre à six minutes.

VIII. — Traitement de l'haleine fétide.

Outre la désinfection à l'aide de la solution classique de permanganate à 1 0/0 dont on emploie 5 à 8 gouttes en gargarismes, la *Revue de Thérapeutique* indique l'usage d'une infusion de feuilles de sauge ou d'une décoction de feuilles de camomille additionnée d'eau chlorée dans la proportion d'environ 5 0/0. On édulcore de glycérine à 10 0/0 et on aromatise à l'aide de quelques gouttes de teinture de myrrhe et de lavande. Le tout s'emploie en gargarismes.

On peut encore recourir à la formule de l'*odol* que nous avons donnée ou à cette solution plus simple :

Saccharine	1	gramme
Bicarbonate de soude	1	—
Acide salicylique	4	—
Alcool pur	200	—

Quelques gouttes dans un verre d'eau pour gargariser.

(*Le Scalpel.*)

IX. — Succédanés de l'iodoforme, par le Pr Stokvis (d'Amsterdam).

Le Pr Stokvis cite les innombrables succédanés de l'iodoforme; parmi les plus connus sont le diiodoforme, le losophane, l'aurophène, l'aristol, le nosophène, l'airol, l'iodol, etc. Après avoir fait la critique de tous ces corps, qui ont certes chacun une valeur relative, il conclut que l'iodoforme et le diiodoforme sont de beaucoup plus actifs et qu'aucun succédané connu ne saurait encore les remplacer complètement.

X. — Enlèvement de l'odeur de l'iodoforme.

Toutes les personnes qui ont l'occasion de manier de l'iodoforme savent combien l'odeur de cet antiseptique est tenace et résiste à tous les lavages. L'essence de térébenthine fait disparaître immédiatement l'odeur des mains qui ont manié l'iodoforme ainsi que des spatules ou vases qui ont été mis en rapport avec ce composé chimique. Un lavage à l'eau térébenthinée, puis à l'eau de savon, est très efficace.

(*Le Progrès médical.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Note sur la recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrhée alveolaire. — II. Un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voûte palatine. — III. Une dent surnuméraire dans le nez. — IV. Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement. — V. Le traitement du hoquet par les tractions de la langue.

I. — Note sur la recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrhée alvéolaire (gingivite arthro-dentaire infectieuse).

Dr Galippe. — Comme toutes les maladies graves dont l'étiologie est mal connue et le traitement lent et difficile, la pyorrhée alvéolaire a reçu un nombre considérable d'appellations différentes et son étiologie a été attribuée aux influences pathologiques les plus diverses.

Je n'ai pas été peu surpris en lisant en 1894, dans un recueil américain, que l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire devait être constamment rapportée à la goutte.

L'auteur de cette assertion s'appuyait sur la présence invariable, dans le tartre salivaire, ainsi que dans les dépôts formant incrustation, à l'ex-

trémité des dents tombées ou extraites, dans le cours de cette affection, de l'acide urique ou des urates.

Je me suis mis en devoir de vérifier cette assertion, avec le concours de deux de mes collaborateurs, MM. Brun et Gaillard.

Partant de ce fait que si l'acide urique existe réellement dans le tartre salivaire ou à l'extrémité des racines, il doit s'y trouver en quantité relativement faible, nos recherches ont été menées avec les soins les plus minutieux et avec toutes les précautions usitées.

L'auteur américain ne dit pas par quels procédés il a pu vérifier la présence de l'acide urique. Nous n'avons donc peut-être pas suivi la même voie que lui dans nos recherches. Nous avons adopté les méthodes classiques les plus sensibles, celles que l'on suit ordinairement, lorsqu'on a à déterminer la présence de l'acide urique dans des concrétions.

Ces méthodes sont de deux sortes :

I. Si l'on traite les concrétions renfermant de l'acide urique finement pulvérisées par l'acide azotique, que l'on évapore l'excès d'acide et que l'on ajoute au résidu une goutte d'ammoniaque liquide diluée, on obtient immédiatement la coloration rose pourpre de la murexide.

II. Lorsqu'on traite les mêmes concrétions par une solution alcaline de potasse, l'acide urique se dissout en donnant lieu à une formation d'urate de potasse soluble. Le liquide filtré et additionné d'acide chlorhydrique donne lieu à un précipité d'acide urique facilement reconnaissable à l'examen miscroscopique.

1° Par ces procédés nous avons d'abord fait quelques essais sur la salive ; nos résultats ont été négatifs.

2° Sur 10 échantillons de tartre frais nous avons également obtenu des résultats négatifs.

3° Sur 40 dents, étudiées isolément et provenant de malades atteints de pyorrhée alvéolaire, le tartre était d'abord détaché et analysé, puis les extrémités des racines étaient sciées et étudiées après pulvérisation. Tous les résultats ont été négatifs.

Le tartre salivaire emprunté à plusieurs séries de dents (9, 6 et 4) n'a point permis de déceler la présence d'acide urique ; les racines réunies de ces mêmes séries n'ont pas donné de meilleurs résultats.

Devant la persistance de ces résultats négatifs, nous nous sommes demandé après les 3 ou 4 premiers essais si la présence des matières organiques et minérales existant dans le tartre salivaire n'entravait pas les réactions. Nous avons alors institué des expériences de contrôle qui ont été faites ensuite après chaque examen de tartre ou de racine.

1° A de la salive nous avons ajouté des quantités extrêmement faibles d'acide urique et ces proportions infinitésimales nous ont donné des réactions très nettes.

2° Les mêmes quantités, très faibles, d'acide urique, ont été ajoutées au tartre salivaire frais, ainsi qu'au tartre salivaire sec et aux extrémités finement pulvérisées des racines des dents. Dans tous les cas, nous avons pu nettement constater la présence de l'acide urique ajouté.

Nous nous croyons donc en droit de pouvoir conclure :

1° Que les expériences ont été faites dans des conditions et avec des soins suffisants pour déceler la présence de quantités, mêmes très faibles, d'acide urique.

2° Que si nous n'avons pas constaté la présence de cet acide, aussi bien dans la salive que dans le tartre frais et sec et les extrémités des racines des dents, c'est parce qu'il n'y en avait pas la moindre trace dans les échantillons examinés par nous ou que les méthodes suivies ne permettaient pas de les déceler.

Nous acceptons l'assimilation qu'on a voulu établir entre les concrétions salivaires et les calculs urinaires. L'étiologie est la même et, dans un cas comme dans l'autre, nous avons affaire à un processus microbien. Mais c'est pousser trop loin l'assimilation que de vouloir retrouver de l'acide urique dans toutes les concrétions.

La constitution chimique du tartre salivaire se rapproche étroitement de ces concrétions calcaires que l'on trouve dans tous les points de l'économie, même dans la vessie, chaque fois qu'un processus d'ordre purement parasitaire entre en action.

L'origine exclusivement goutteuse de la pyorrhée alvéolaire ne nous paraît donc pas devoir être acceptée, bien qu'il soit établi depuis longtemps que les arthritiques et les rhumatisants offrent un terrain de prédilection au développement de cette maladie, dans laquelle, ainsi que nous l'avons démontré avec M. Malassez, l'élément infectieux joue un rôle si prépondérant.

Après une dizaine d'années, le caractère infectieux attribué par nous à la pyorrhée alvéolaire nous revient d'Amérique comme une découverte, sans qu'il soit fait la moindre allusion aux recherches de M. Malassez et aux miennes. C'est trop dans l'ordre des choses pour que nous songions à nous plaindre.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

II. — Un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voute palatine.

M. Delorme. — Pour oblitérer les pertes de substance de la voûte palatine, deux méthodes sont employées : la prothèse, l'autoplastie. La dernière, la seule dont je parlerai, emprunte à la muqueuse périostique voisine de la perte de substance, sur la voûte palatine ou sur elle et le vomer, des lambeaux latéraux ou antéro-postérieurs qu'elle déplace plutôt qu'elle ne les libère et qu'elle réunit ensuite.

Mais pour réussir il ne faut pas que la perte de substance soit trop large ou trop antérieure. Comme l'a dit Trélat, si l'étroitesse des parties est telle qu'on ne puisse trouver sur les parties latérales de la fente une largeur de 12 à 13 millimètres à donner au lambeau, l'opération se présente dans des conditions défavorables ; si l'on ne peut trouver que 10 millimètres, il vaut mieux y renoncer.

Dans ces cas, on en est réduit à faire appel à la prothèse.

Le procédé d'autoplastie que je recommande, présente précisément tous ses avantages dans ces cas de pertes de substance étendues. Il permettrait d'oblitérer des orifices ou des fentes de 3, 4 et 5 centimètres de long sur 2 à 3 de large et même plus.

Il consiste à détacher de la muqueuse de la joue un lambeau en forme de T à base postérieure adhérente. Son pédicule horizontal, qui correspond à l'espace inter-dentaire et qui ménage le canal de Sténon, se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical rectangulaire dans son ensemble, d'étendue variable, taillé derrière la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à angle obtus, les bords de la branche verticale ou antérieure du T sont fixés à ceux de la perte de substance et, pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires, on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la section du pédicule.

Le traitement consécutif est celui de toute palatoplastie. On pourrait redouter d'éprouver quelque difficulté en comblant la perte de substance de la muqueuse jugale. Déjà l'emploi de ce procédé sur le cadavre

montre la facilité avec laquelle les bords de la plaie si écartés se rapprochent, grâce à l'extensibilité de la muqueuse. J'ai constaté le fait sur le vivant deux fois : une fois sur un malade auquel j'ai refait un bord muqueux de lèvre inférieure en empruntant à la muqueuse jugale un grand lambeau, et une seconde fois sur un malade chez lequel, il y a quelques jours, j'ai employé le procédé que je viens de décrire.

Chez cet homme, qui présentait une perte de substance de la voûte palatine de deux centimètres carrés environ, correspondant à la partie antérieure de la voûte, d'origine syphilitique et dont on avait en vain tenté l'oblitération par un lambeau muco-périostique palatin, j'ai pu constater combien il était facile de combler la perte de substance jugale. Ce lambeau arrondi avait près de 3 centimètres de diamètre et son pédicule presque la même étendue ; la réunion fut des plus aisées jusqu'auprès de ce pédicule. Elle se fit sans tension et elle ne laissera qu'une cicatrice linéaire insignifiante. Chez lui j'ai observé encore que l'hémorragie était peu abondante et facile à arrêter par une compression momentanée, enfin que le lambeau simplement retourné, non tordu, sur son pédicule, et non tiraillé par conséquent, conserve toute sa vitalité. Chez cet homme, opéré depuis sept jours, ce lambeau est bourgeonnant et adhérent.

(Bulletin médical.)

III. — Une dent surnuméraire dans le nez.

Cette dent, si étrangement placée, a été trouvée par le Dr Seifert dans la fosse nasale droite d'un homme de 25 ans. Elle était située à deux centimètres de l'entrée, sur le plancher, et offrait l'aspect d'un corps dur, d'aspect blanchâtre, logé au milieu de granulations qu'il dépassait un peu. On fit au serre-nœud l'ablation des granulations et le corps dur fut extrait.

Il s'agissait bien d'une dent dite pivotante, en partie incrustée de sels calcaires. La denture du sujet était complète, ses dents bien conformées. Il doit y avoir eu invagination de la muqueuse contenant un germe dentaire.

Il y aurait même, d'après l'auteur, plusieurs modes de pénétration nasale par les dents :

1° Le germe effectue autour de lui-même une rotation de 180 degrés, mais alors cette dent manque dans la bouche.

2° Un germe dentaire pénètre dans la fosse nasale avant que la fissure du palais soit fermée et s'y développe. Un germe de ce genre est toujours surnuméraire. C'est assez rare.

3° Pénétration d'une dent dans le nez à travers le tissu maxillaire.

(Revue de laryngologie, otologie et rhinologie.)

IV. — Étude clinique sur la perforation syphilitique de la voute palatine et son traitement.

D. Ghazarossian. — La syphilis est la cause la plus fréquente des perforations pathologiques de la voûte osseuse.

Ces perforations peuvent survenir également dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire tardive.

Le début en est insidieux et divisé en trois périodes :

1° Période de début (angine, abcès, ulcération), 2° période d'état (perforation constituée), 3° période de terminaison.

Diagnostic ordinairement facile. Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical par lequel il faut toujours débuter est le traitement spécifique prolongé.

Le traitement chirurgical est l'uranoplastie. Tous les procédés sont bons s'ils réussissent; cependant le procédé de Baizeau est le traitement de choix d'après M. Tillaux. Opération en quatre temps : 1° faire une incision latérale ; 2° pratiquer le décollement ; 3° aviver les bords de la perforation ; 4° suturer les lambeaux.

(Indépendance médicale.)

V. — Le traitement du hoquet par les tractions de la langue.

M. Laborde a reçu deux communications relatives à l'arrêt du spasme qui constitue le hoquet par les tractions de la langue. La première communication est du Pr Lépine (de Lyon), qui constata l'arrêt du hoquet chez une jeune fille atteinte d'embarras gastrique, à qui il avait fait tirer la langue pendant assez longtemps pour en faire constater l'enduit saburral par ses élèves. La seconde communication provient du Dr L. Viaud (d'Agon-Coutainville), qui parvint à arrêter sur lui-même une crise de hoquet par la traction continue de la langue durant une minute environ. M. Viaud la rapproche avec raison du procédé de Nothnagel qui consiste à élever l'os hyoïde avec les doigts, ce qui n'est guère facile.

(Progrès médical.)

REVUE DE L'ÉTRANGER.

LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par M. A. C. Hewett.

On entend par pyorrhée alvéolaire l'état pathologique dans lequel se trouvent les racines dentaires couvertes partiellement ou entièrement d'une couche de tartre couleur ardoise. La plupart du temps les alvéoles sont plus ou moins détruites, la gencive rétrécie paraît rouge foncé, gonflée, quelquefois déchirée et ordinairement il s'écoule du pus du bord cervical.

Cette couche de tartre tient solidement au cément ; on n'a jamais trouvé d'autres tissus entre elle et le cément. Après l'ablation de cette couche de tartre qui se fait en écailles, la partie de la racine paraît blanche et propre. Le dépôt tartrique qui se trouve autour de l'apex est bien plus difficile à détacher, ce qui est une conséquence des rugosités qui se rencontrent à cette partie de la racine. Il faudrait, pour l'enlever entièrement, avoir recours aux procédés chimiques.

En conséquence de la destruction des alvéoles par cette maladie, les dents deviennent chancelantes, sensibles à la pression, allongées ou déviées de leur position normale.

L'étiologie de cette maladie est encore bien discutée en ce moment.

La plupart des auteurs admettent que cette affection a une ori-

gine constitutionnelle, qu'elle est congénitale ou qu'elle est due à des troubles de nutrition.

Il est hors de doute que des troubles de nutrition contribuent au développement de cette maladie, car aucun organe ou aucun tissu, bien nourri, ne peut devenir malade ; aussi est-il bien possible que cette maladie soit aggravée par des troubles constitutionnels, mais il n'est nullement prouvé qu'elle soit d'origine constitutionnelle et qu'elle fasse son apparition de préférence chez les goutteux.

Je prétends au contraire — après 30 ans de pratique — que la pyorrhée alvéolaire n'est qu'une affection locale due à des fonctions anormales du péricément. Celles-ci sont dues à des troubles de nutrition ou à des irritations locales ; au lieu qu'il se produise normalement de l'os, il se forme du tartre, et, par l'irritation de ce dernier, le péricément est détruit.

C'est là la raison pour laquelle on n'a jamais trouvé de traces de péricément.

Une autre preuve de la vérité de cette théorie, c'est l'analogie substantielle du tartre et des os.

L'irritation due au développement du tartre peut avoir comme cause la composition du sang (par exemple la pression d'un thrombus capillaire) ; mais dans la plupart des cas il y a une irritation locale externe, car le dépôt du tartre débute ordinairement à la séparation des dents, aux faces proximales, sous le bord lingual où les aliments se fixent le plus souvent.

Seulement chez des personnes âgées on le voit s'étendre jusqu'à l'apex. Mais même chez des personnes jeunes on a observé qu'il y a toujours une certaine communication entre le tartre et la bouche, d'où il est facile de conclure que des germes septiques peuvent entrer dans l'alvéole, irriter et causer cette maladie.

Si cette maladie n'était qu'une suite de causes constitutionnelles, il y aurait des cas sans détachement de la gencive du collet de la dent, et le pus se frayerait, comme dans un abcès alvéolaire, un chemin à travers l'os et la gencive.

Même dans ces cas on ne peut pas prétendre que la pyorrhée alvéolaire ne soit que la suite d'autres troubles constitutionnels, car j'ai vu bien des personnes atteintes de ce mal sans qu'elles eussent jamais été malades, sans aucune disposition rhumatisante ni goutteuse, ne se plaignant ni de dyspepsie ni de maux d'estomac.

Ces cas me confirment dans cette idée que la pyorrhée alvéolaire est une maladie locale, qui peut aussi bien se montrer chez des gens sains. Souvent même j'ai vu, après la guérison, la gencive redevenir saine et ferme sans récidive, même chez des sujets d'une constitution faible.

Le sang des goutteux charrie plus ou moins d'acide urique, et si le professeur Pierce a trouvé dans le tartre de personnes atteintes de pyorrhée alvéolaire de l'acide urique et constaté qu'elles avaient la goutte en même temps, ce n'est pas une preuve que la pyorrhée alvéolaire ne se montre que chez des goutteux.

Toute irritation cause, à la place où elle a lieu, une augmentation de l'afflux du sang ; aux places où le tartre se développe, le sang dépose des substances : c'est ainsi que s'explique la présence de l'acide urique dans le tartre.

Les meilleures preuves sont les preuves cliniques et je vais en citer quelques-unes. De longues années de pratique m'ont convaincu que la pyorrhée alvéolaire est une affection locale.

Une dame, sûrement prédisposée à la goutte (on voyait ses doigts enflés aux articulations), consultait pendant mon absence un de mes confrères.

Elle le pria de lui obturer deux grosses molaires à gauche et une à droite. L'examen de la bouche montra que la patiente était atteinte de pyorrhée alvéolaire à un degré très avancé. Les racines des dents étaient tellement couvertes de tartre que l'extrémité seule des racines les faisait tenir à l'alvéole. De plus, ces dents étaient cariées très profondément. La patiente était très affaiblie depuis deux ou trois ans et sa mastication se faisait très mal à cause de l'état de ses molaires. Mon confrère conseilla l'extraction et proposa une pièce. Comme la patiente avait entendu parler de mes succès en pareil cas, elle dit : « Si le Dr Hewett était ici, il pourrait bien me conserver ces dents. »

Mon ami répliqua : « Le Dr Hewett, pas plus que le bon Dieu, ne » peut sauver de pareilles dents ; elles sont tellement mobiles que je » vous les retirerais avec les doigts. »

L'observation froissa les sentiments religieux de cette dame, et elle déclara être décidée à attendre mon retour de Berlin.

A mon retour je commençai mon traitement local sans savoir ce qui s'était passé. Le succès fut surprenant et complet ; les dents étaient fixées de nouveau dans leurs alvéoles et la gencive saine et normale après 6 semaines de soins. Depuis cette cure, quatre ans se sont écoulés sans la moindre récidive, tandis que les enflures goutteuses et les dépôts d'acide urique n'ont pas changé.

Autre cas :

Un homme âgé était en traitement chez moi. Son médecin lui avait dit qu'il était goutteux.

Mon traitement avait déjà obtenu un résultat dont on pouvait être assez satisfait.

Mais le médecin avait dit à mon patient qu'il était impossible de guérir ses dents avant que sa goutte fût guérie. Le patient me quitta, persuadé que son médecin avait raison, mais une déception l'attendait. Ses douleurs disparurent bientôt, mais aussi toutes ses dents, ce que je regrettai d'autant plus que j'aurais pu les lui rendre saines et utiles s'il avait voulu.

Le traitement est bien simple, mais il exige de la part de l'opérateur surtout de la patience et quelque dextérité des doigts pour l'ablation minutieuse du tartre et le nettoyage des racines. Il est surtout important qu'il ne reste pas la plus petite particule de tartre sur les racines. S'il en reste, il y a irritation, et la guérison est retardée.

Cela est assez difficile à obtenir et ne s'obtient pas toujours.

Avant de commencer l'ablation du tartre, toute la bouche et ses plus petits coins doivent être lavés et désinfectés.

J'emploie dans ce but une solution de 1 : 1.000 de bichlorure de mercure à chaud, car des lavages et des injections à froid sont très douloureux. Il est très important que toutes les matières septiques soient enlevées et que le pus n'entre pas dans les déchirures de la gencive qui peuvent se produire pendant l'ablation du tartre. Tous les instruments devront être stérilisés et séjourner pendant l'opération dans le sublimé. L'eau qui sert à préparer la solution doit être de l'eau distillée, les matières organiques et autres que contient l'eau de fontaine diminuent son action.

Aussitôt qu'un morceau de tartre est détaché, il faut laver la place au moyen d'une seringne à jet fin avec du sublimé chaud. Si l'on omet cette précaution, de petits débris de tartre peuvent rester entre la racine et la gencive, causer de l'irritation et retarder la guérison. Si les poches sont très profondes, on fera bien de faire quelques injections avec de l'acide lactique très dilué. Cet agent a ordinairement d'excellents effets sur les bords alvéolaires, il dissout les restes de tartre qui peuvent s'y trouver et qui seraient très difficiles à enlever mécaniquement.

Quand la racine est bien nettoyée et lavée par de fréquentes injections, on met quelques gouttes de teinture d'iode dans cette poche, ou l'on emploie une solution de chlorure de zinc 15 : 600, qui a pour effet de stimuler la contraction et la production de granulations et de favoriser l'attachement du tissu alvéolaire et muqueux à la racine.

On peut aussi employer l'ammoniaque liquide sur des boulettes de coton, après quoi il faut laver tout de suite avec de l'eau chaude. L'ammoniaque détache la muqueuse saine de la surface de la gencive, qui ne s'attacherait pas bien à la racine pendant le processus de la guérison ; il crée une surface granuleuse et un attachement à la surface propre de la racine. Il doit être employé avec précaution, vu son pouvoir escharotique, et on doit laver immédiatement avec de l'eau chaude.

Si la gencive reste spongieuse et inactive, on devra la stimuler au moyen de piqûres avec une aiguille stérilisée.

Dans les cas où le tartre aurait détruit les séparations alvéolaires, on pourra passer dans la muqueuse, entre les racines, une aiguille à coudre munie d'un fil qu'on attachera en rapprochant les dents, sans tirer trop fort, pour ne pas couper la muqueuse.

Je recommande de nettoyer les dents une à une et de faire ce travail en une séance afin de ne pas troubler le processus de guérison et de bénéficier de la guérison par première intention.

Il y a cependant un cas où l'on risque souvent l'insuccès, c'est quand on est en présence de dents à pulpe morte.

Cela arrive souvent aux grosses molaires supérieures.

C'est alors le plus souvent la racine palatine qui est infectée par la pulpe décomposée. Cependant j'ai eu des succès quand les racines externes étaient saines.

Souvent j'ai amputé la racine palatine infectée et traité les deux racines externes qui avaient alors à elles seules à supporter la dent ; c'est pour cette raison que j'étais obligé de meuler la surface

articulaire au-dessus de la racine amputée. J'ai conservé maintes dents de cette façon pendant des années.

Le Dr C. N. Pierce et le Dr A. Brubacker ont prétendu que le tartre de la pyorrhée alvéolaire contenait toujours de l'acide urique. Dans mes expériences personnelles je n'en ai trouvé que *cinq* fois sur *onze*.

Il est vrai qu'aucune lésion locale ne répond à l'état général. Une simple blessure qui guérirait facilement dans un état normal créera des difficultés s'il y a décomposition du sang.

Le Dr Brubacker prétend que le dépôt de tartre à l'apex de la racine se renouvelle constamment. De là on pourrait tirer la conclusion qu'une autre partie de ce dépôt tartrique serait résorbée de temps en temps, ce qui paraît cependant difficile à admettre.

Se ferait-il après l'ablation du tartre un dépôt d'acide urique qui se limiterait à l'apex pour y causer de l'irritation ?

Pourquoi ce dépôt se limiterait-il à l'apex pendant que les côtés de la racine sont entourés par le même tissu ?

L'expérience nous a démontré que tout dépôt calcaire à l'apex y cause une violente irritation, qui a le plus souvent comme conséquence la mortification de la pulpe.

Par l'activité exagérée des vaisseaux sanguins à cette place il se forme une précipitation des sels contenus dans le sang.

Dans tous les cas où l'on a trouvé de l'acide urique les conditions étaient semblables à celles qui ont été décrites.

On s'est demandé pourquoi cet état de choses frappait de préférence la racine palatine des grosses molaires supérieures.

Cela s'explique par le fait que cette racine palatine est la plus volumineuse, qu'elle s'étend très loin dans le palais, que les tissus qui la recouvrent et la protègent sont plus minces que pour toute autre racine, que pour cette raison elle est la plus exposée aux changements de température, aussi subit-elle des pressions continuelles par les aliments ou par la langue. Ce sont les raisons pour lesquelles nous trouvons si souvent cette racine plus dénudée et plus exposée et pourquoi la pulpe de cette racine est plus susceptible de subir des changements et de mourir.

Une théorie prétend que la pyorrhée alvéolaire n'est que la suite d'une disposition constitutionnelle.

On cite à l'appui de cette théorie les faits suivants :

1° On rencontre très souvent la pyorrhée alvéolaire chez des goutteux ;

2° Le tartre de ces patients contient de l'acide urique.

3° Après le traitement de la goutte et de l'état général, l'état des gencives s'améliore et l'écoulement du pus diminue.

Les objections qu'on oppose à cette théorie sont les suivantes :

1° On rencontre la pyorrhée alvéolaire chez des personnes qui ne sont pas atteintes de la goutte et se portent parfaitement bien.

2° Si la pyorrhée alvéolaire était d'origine constitutionnelle, on la rencontrerait chez toutes les personnes affectées de la goutte.

3° L'amélioration constatée après le traitement général se ferait sentir pour tous les autres états pathologiques, car tout processus de

guérison est favorisé par la suppression d'un mauvais état général.

4° Le dépôt de la salive des patients atteints de la goutte et de la pyorrhée alvéolaire serait imprégné de ces urates.

5° Si la pyorrhée alvéolaire était d'origine constitutionnelle, sa guérison exigerait dans tous les cas un traitement général. Mais l'expérience nous a prouvé qu'un traitement local approprié suffit pour la guérir, tandis que les autres manifestations persistent.

6° Dans tous les cas de pyorrhée on trouve dans la bouche même les causes qui nous expliquent la présence du tartre et le développement de son dépôt ; il n'est pas nécessaire d'en chercher la cause dans les états pathologiques généraux.

A part ces raisons, le Dr Van Woert croit à la parfaite transmissibilité de la pyorrhée par des instruments infectés. Si cela est vrai, ce serait un des meilleurs arguments contre la théorie du développement constitutionnel.

NOUVELLES.

CONGRÈS DE BORDEAUX.

Par suite de diverses circonstances, la publication du compte rendu du Congrès de Bordeaux a été retardée, mais le volume va être terminé sous peu et le Comité est en mesure d'annoncer sa publication pour le 25 juillet.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL. SESSION DE NANCY, 1896.

Nous ferons connaître dans le prochain numéro les divers points qui intéressent les adhérents au Congrès, les communications annoncées, ainsi que les dernières dispositions prises et tous les renseignements utiles parvenus à cette époque.

Il a été créé à Washington *un musée et une bibliothèque de l'armée* comprenant des collections de tout genre et des publications embrassant tout le domaine de l'art médical, y compris la dentisterie.

La bibliothèque renferme un nombre considérable d'ouvrages, de journaux et brochures relatifs à l'art dentaire et l'on s'efforce d'y réunir toutes les publications nouvelles de quelque valeur, en toutes langues, sur la matière.

Le musée contient une grande quantité de spécimens de moulages d'anomalie et des difformités des maxillaires et des dents.

Il y sera ajouté des photographies d'appareils prothétiques et tous les objets qui offriront un intérêt pour la profession. Un appel est d'ailleurs adressé à cette dernière pour provoquer les dons.

Les collections sont placées dans une construction à l'épreuve du feu et sont à la disposition du public.

Une donatrice généreuse, Mlle Hélène Calver, a fait don à l'Université de Chicago d'une somme de 5.000.000 francs pour favoriser le développement des recherches scientifiques.

Une exposition internationale d'hygiène, d'alimentation, etc. aura lieu en août et septembre à Baden-Baden.

Il convient d'ajouter aux journaux qui ont consacré un article nécrologique à P. Dubois et qui, à ce titre, ont droit à tous nos remercîments, *La Escuela medico-dental*, de la Havane, dirigée par le Dr Ignacio Rojas, auquel nous exprimons particulièrement notre reconnaissance.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

TROISIÈME LISTE

MM. Blocman, Chauvin, Godon, Heïdé, Papot, Prével, Ronnet, Dr Roy (2e Souscription) :

L'actif de la Société de Publications odontologiques		2.254	fr.
MM. Barthélemy, Nancy		50	»
Pombet, Le Hâvre		50	»
Combet, Paris		5	»
Gilbert, Sedan		10	»
Lapière, Paris		20	»
Lacour, Lyon; Barbezat, Lyon; Oriez, Lyon		100	»
Tournier-Daille, Lons-le-Saunier		50	»
Em. Loriot-Lecaudey (2e Souscription)		100	»
A. Magub	Paris	50	»
Giret	—	50	»
Michaëls	—	50	»
Chaussebourg M. (par M. Lecaudey)	—	20	»
Jung	—	20	»
Chaussebourg, jeune	—	10	»
Albert	—	5	»
Mme veuve Lecaudey	—	20	»
MM. E. Loriot	—	10	»
Detroyat	—	10	»
G. Josselin	—	10	»
Bertaux, René	—	5	»
D.	—	20	»
Mme Auguste Lecaudey	—	10	»
MM. Meunier	—	20	»
Janet	—	10	»
Mme Verdelet	—	20	»
MM. Guillois	—	20	»
Dr Roy	—	200	»
Mendel, J.	—	20	»
Dr Cunningham, Cambridge		100	»
La Caisse de prévoyance de l'Association générale des dentistes de France		200	»
Total de la 3e liste		3.519	»
1re et 2e listes		14.605	»
Total		18.124	fr.

NÉCROLOGIE

Le Dr Sappey, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, est mort à l'âge de 86 ans. Il a laissé, entre autre ouvrages estimés, un Traité d'anatomie descriptive, qui a été plusieurs fois réédité et qui fait autorité en la matière.

On annonce la mort de M. R. S. Williams, l'inventeur des cylindres d'or bien connus.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

RAPPORT

Présenté par M. d'Argent.

Vous nous avez désignés pour faire choix de candidats aux fonctions que comportent la rédaction et la gestion de notre journal.

Nous avons très sérieusement examiné la question, au point de vue de l'importance de ces fonctions, et très impartialement discuté les candidatures proposées, en considérant, avant toute chose, que nous ne devons investir que des travailleurs avérés.

Il s'agit, en effet, de doter notre organe scientifique et officiel de titulaires offrant non seulement des garanties de savoir et des aptitudes spéciales basées sur des titres sérieux, mais aussi — et on pourrait ajouter et surtout — d'assiduité à l'œuvre, éléments indispensables pour que cette œuvre soit féconde et progressive.

J'insisterai même sur ce dernier point, parce que si, sous le rapport du savoir, on n'a que l'embarras du choix parmi les nombreux membres de notre corps enseignant, chacun sait qu'on ne peut affirmer d'y rencontrer, au même degré, le zèle nécessaire pour assurer l'exercice régulier de fonctions dont la périodicité implacable ne souffre aucun retard. Or nous n'ignorons pas que nos collègues ont plus de bonne volonté que de temps. A mérite égal — et je vous ai dit que, sous ce rapport, il y avait plutôt équivalence — nous avons donc recherché les probabilités d'exactitude des candidats, en nous basant sur la manière dont ils ont rempli les diverses fonctions dont l'Ecole les avait chargés jusqu'ici.

Pour le poste de directeur du journal, tous les membres se sont trouvés d'accord pour désigner à vos suffrages notre président, M. Godon. Ces fonctions sont gratuites, et nous ne pouvions trouver pour les remplir une sentinelle plus vigilante. En acceptant cette candidature, M. Godon nous donne une nouvelle preuve du dévouement qu'il n'a cessé de prodiguer à nos institutions, et nous l'en remercions. Néanmoins, afin de ne pas limiter notre choix et pour nous conformer aux règles admises, nous vous désignons une liste

de trois membres ; cette liste, comme celles qui vont suivre, mentionne les noms des candidats d'après les voix obtenues dans nos scrutins : MM. Godon, Viau et Ronnet.

En ce qui concerne la place de rédacteur en chef, votre comité a écarté, tout au moins pour l'année 1896, toute candidature à prendre en dehors des dentistes exerçant, et, parmi ceux-ci, il soumet à vos choix, dans l'ordre de ses préférences, MM. Blocman, Roy et Sauvez.

Comme secrétaire de la rédaction, son choix s'est également porté en première ligne sur M. Martinier, ensuite sur M. Roy, enfin sur M. Choquet, et pour les fonctions d'administrateur-gérant, il vous propose dans le même ordre ; MM. Papot, Bonnard et Choquet.

Enfin pour le Comité de rédaction, il vous désigne : MM. Godon, Blocman, Roy, d'Argent, Sauvez, Martinier, Choquet, Papot, Bonnard, Lemerle, Viau, F. Jean, Ronnet, Heïdé, Legret, Prével, Bioux, Loup.

Procès-verbaux du conseil de direction.

1re Réunion du mardi 26 mai 1896.

Présidence de M. Papot, vice-président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Sont présents : MM. Papot, Devoucoux, Godon, Martinier, Viau et Choquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il est procédé à l'élection d'un président en remplacement de M. P. Dubois, décédé.

M. Papot est élu président.

On procède ensuite à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Papot nommé président.

Nombre des votants : 8.

Ont obtenu : MM. Legret	5	voix
Martinier	2	—
Choquet	1	—

En conséquence M. Legret est nommé vice-président de l'Association générale des Dentistes de France.

On procède également, conformément à la décision de l'assemblée générale du 17 mai, à la nomination d'un secrétaire-adjoint.

M. Choquet, nommé précédemment membre du Conseil de direction de l'Association générale en remplacement de M. P. Dubois, est élu secrétaire-adjoint.

La séance est levée à 9 h. 1/4.

2e Réunion du mardi 26 mai 1896.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Le Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris et le Bureau de la Société d'Odontologie s'adjoignent au Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France, suivant la décision prise dans la séance du 10 mai, pour procéder à l'élection du Comité de rédaction du journal l'*Odontologie*.

Sont présents : MM. Sauvez, Bioux, Choquet, Loup, Stévenin, Prest, Legret, Claser, d'Argent, Devoucoux, Godon, Löwenthal, Martinier, Viau, Chouville (de Saint-Quentin) et Coignard (de Nantes).

M. d'Argent lit le rapport élaboré par le Comité actuel de rédaction du journal l'*Odontologie* (V. d'autre part).

Ce rapport est adopté à l'unanimité.

On procède ensuite à l'élection du nouveau Comité de rédaction qui doit comprendre :

1° Un directeur, 2° Un rédacteur en chef, 3° Un secrétaire de la rédaction, 4° Un administrateur-gérant, 5° Six membres.

Sont proposés comme directeur du journal : MM. Godon, Viau et Ronnet.

Nombre des votants : 16.

Ont obtenu : MM. Godon........................ 14 voix
Viau........................ 2 —

En conséquence, M. Godon est nommé directeur du journal.

Les membres proposés pour les fonctions de rédacteur en chef sont, par ordre de classement :

1° M. Blocman, 2° M. le Dr Roy, 3° M. le Dr Sauvez.

Nombre des votants : 16.

Ont obtenu : MM. Blocman........................ 7 voix
Roy........................ 5 —
Sauvez........................ 3 —
Choquet........................ 1 —

Ballottage.

M. le Dr Sauvez annonce qu'il retire sa candidature et il prie les membres qui lui ont donné leurs suffrages de vouloir bien les reporter sur M. le Dr Roy. Il est procédé à un deuxième tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 17.

Ont obtenu : MM. Blocman........................ 10 voix
le Dr Roy........................ 7 —

M. Blocman est nommé rédacteur en chef.

On procède ensuite à la nomination d'un secrétaire de la rédaction.

Membres proposés :

1° M. Martinier, 2° M. Roy, 3° M. Choquet.

Avant l'ouverture du scrutin, M. le Dr Roy déclare qu'il ne se porte pas candidat.

Nombre des votants : 17.

Ont obtenu : MM. Martinier........................ 8 voix
Choquet........................ 8 —
Bonnard........................ 1 —

Il est procédé à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 18.

Ont obtenu : MM. Martinier........................ 9 voix
Choquet........................ 9 —

Il y a de nouveau ballottage.

M. Martinier déclare retirer sa candidature.

M. le Dr Roy fait remarquer que dans tous les scrutins de ballottage la nomination a lieu au bénéfice de l'âge et demande qu'il en soit ainsi.

Une discussion s'élève à ce sujet entre MM. Godon, Claser, Roy et Legret.

La proposition de M. Roy est mise aux voix et adoptée.

En conséquence de ce vote M. Martinier est proclamé secrétaire de la rédaction.

M. Martinier déclare ne pas accepter les fonctions de secrétaire de la rédaction.

M. Godon fait connaître à ce moment qu'il vient de recevoir une lettre de M. Blocman donnant sa démission de rédacteur en chef.

Une discussion s'engage.

Il est procédé à un 3e tour de scrutin.

Nombre des votants : 18.

Ont obtenu : MM. Martinier.................... 8 voix
Choquet...... .... 10 —

M. Choquet est nommé secrétaire de la rédaction.

Les membres proposés par le Comité pour le poste d'administrateur-gérant sont : MM. Papot, Choquet, Bonnard.

M. Choquet ayant été nommé secrétaire de la rédaction retire sa candidature.

Nombre des votants : 18.

Ont obtenu : MM. Papot........................ 9 voix
Martinier..................... 6 —
Bonnard....................... 2 —
Bulletin blanc................. 1

M. Papot n'ayant pas obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

M. Martinier déclare décliner également toute candidature pour ces fonctions.

Nombre des votants : 18.

Ont obtenu : MM. Papot......................... 14 voix
Bonnard...................... 3 —
Bulletin blanc................ 1 —

M. Papot est nommé administrateur-gérant.

Par suite de la démission de M. Blocman, on procède après discussion à la nomination d'un nouveau rédacteur en chef.

Sont portés candidats : MM. Roy, Sauvez, Martinier.

M. Martinier renouvelle sa déclaration.

1er tour. Votants : 18.

MM. Roy................................ 9 voix
Sauvez............................. 7 —
Martinier. .... 1 —
Bulletin blanc...................... 1 —

2e tour. Votants : 17

MM. Roy.............................. 16 voix
Sauvez........................ .... 6 —

M. le Dr Roy est nommé rédacteur en chef.

Il remercie les collègues qui l'ont nommé et les assure qu'il fera tout son possible pour mener à bien l'œuvre qui lui est confiée.

On procède enfin à l'élection des 6 membres qui doivent compléter le Comité de rédaction.

Sont nommés : MM. Sauvez, Viau, Martinier, Ronnet, d'Argent, Lemerle.

Sont nommés membres supplémentaires : MM. Blocman, Fr. Jean.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire-adjoint,
CHOQUET.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

A CÉDER à Paris, pour cause de santé, cabinet produisant annuellement de 32 à 33.000 francs encaissés, quartier de la Madeleine, 1er étage. Clientèle riche. Installation de premier ordre. Frais généraux compris : loyer, patente, domestique, fournitures, 8000 francs. Prix : 45.000 francs dont 25.000 francs comptant. Long bail. On resterait à volonté avec l'acquéreur. S'adresser L. G., bureau du journal.

A CÉDER pour cause de santé, dans une grande ville de l'Est, cabinet dentaire, rapport justifié 25.000 fr. et plus, susceptible d'augmentation. Clientèle riche. Prix à débattre. Ecrire G. A. nº 11 au bureau du journal.

ON DEMANDE un associé apportant 5.000 fr. et acquérant de cette façon la moitié d'un cabinet dentaire ayant 20 ans d'existence dans la capitale de la Bretagne, 70.000 habitants. Loyer 1500. Chiffre d'affaires 20.000 fr. S'adresser à M. le Dr Millard, à Rennes.

UN DIPLOMÉ de la Faculté de Médecine de Paris, de l'École Dentaire de Paris, ancien opérateur aux Etats-Unis, parlant l'anglais et l'espagnol, ayant dirigé cabinet dentaire, désire place d'opérateur à Paris, province ou Algérie. Réponse 33 A, Secrétariat de l'Ecole Dentaire, 4, rue Turgot.

A CÉDER, pour cause de départ, un cabinet faisant 7.000 fr. Prix 6.000 fr., meubles du salon, du cabinet et de l'atelier compris. Moitié comptant, le reste dans deux ans. Ville de 40.000 habitants. Loyer 800 fr. au premier. S'adresser E. H. B., bureau du journal.

ON DEMANDE une place de mécanicien, 15 à 20 francs par semaine. S'adresser à M. V. Houbriet, 111, rue de la Folie-Méricourt.

A CÉDER, après décès, un cabinet faisant 20.000 francs. On laisserait le mobilier du cabinet. Loyer 2.800 fr. Prix 10.000 francs. S'adresser au bureau du journal, L. B.

A CÉDER, à Paris, cabinet dentaire fondé en 1862. Affaires 30.000 fr. Loyer 2 000 fr. S'adresser bureau du journal, R. P. S.

A CÉDER tout de suite, pour cause de santé, cabinet dentaire admirablement situé, faisant 12,000 fr. d'affaires par an. Prix 10,000 fr. dont 6,000 comptant. Loyer, 13,000 fr. — S'adresser à M. Duché, 18, avenue Bosquet.

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme Vve Belleville, 11, cité Trévise.

Mlle MERLANCHON, ancien secrétaire de M. P. Dubois, se charge des travaux d'écritures, de comptabilité, *copies de manuscrits à la machine à écrire*, etc. S'adresser au bureau du journal.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) { Ch. GODON, Directeur. Dr ROY, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

L'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions après trois années de scolarité, par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves mécaniciens dentistes désirant obtenir le brevet spécial qu'elle décerne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Q, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Bonnard, Bibliothécaire.

Lemerle ✿, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean ✿
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot 8.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✻ ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, Q. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **A. Ronnet.** — **Wiesner** ✻ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Q, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Q, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Q, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle ✿, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, I Q, Dr en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet ✿. chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, Q, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot 8, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard Q, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT................
BIOUX (L.)................
DEVOUCOUX. ....
FANTON-TOUVET (Ed.)..
LEGRET..................
LOUP....................
MARTIAL-LAGRANGE Q.
} D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG Q, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL.....................
PREST (Ed.)...............
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD.................
BILLEBAUT.............
BILLET..................
CHOQUET (fils)..........
D'ALMEN...............
DE CROES...............
DELAUNAY..............
DE LEMOS..............
DENIS (Em.) ✿..........
DUVOISIN. ....
FRESNEL................
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF...................
JACOWSKI...............
JEAY ....
MARTIN ....
PAULME..................
STEVENIN...............
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER................
HIRSCHBERG............
} D. E. D. P

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1896

BUREAU

E. Papot ☉, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Richer, *vice-président.*
Dr M. Roy, *secrétaire général.*

MM. Rollin ✿, *trésorier.*
Choquet, *secrétaire-adjoint.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Billet.
Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon ✿.
Francis Jean ✿.
Lemerle ✿.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✱ ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✱, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

16e ANNÉE. No 7. JUILLET 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3.

L'ODONTOLOGIE

AUX LECTEURS DE *L'ODONTOLOGIE*.

Nous avons rappelé dans un précédent numéro la place considérable que Paul Dubois occupait dans la direction de *l'Odontologie*. Le malheureux événement qui a privé ce journal de son directeur a imposé aux différentes sociétés dont il dépend le devoir de procéder à une véritable réorganisation de cette Revue.

Afin que, dans l'avenir, la disparition d'un de ceux qui en assumeront la charge ne puisse en rien suspendre le fonctionnement de ce journal, les attributions du directeur-gérant unique ont été réparties entre quatre personnes : un directeur, un rédacteur en chef, un administrateur-gérant et un secrétaire de la rédaction, complétés par un comité de rédaction de six membres.

On a voulu donner ainsi à *l'Odontologie* un caractère plus impersonnel. Pour étendre en même temps son champ d'action, il a été choisi un nombre important de principaux collaborateurs parmi nos confrères, sans distinction de groupe ou d'école, qui, par leurs publications répétées, concourent au progrès professionnel.

C'est donc une administration nouvelle qui se présente aujourd'hui devant les lecteurs de cette Revue, mais ce ne sont pas des hommes nouveaux. L'esprit qui les anime est le même que celui qui a inspiré la direction de ce journal depuis sa fondation. D'ailleurs la plupart d'entre eux ont participé à cette fondation et n'ont pas cessé de collaborer à cette publication depuis plusieurs années.

Pour nous servir d'un mot emprunté à Paul Dubois, *nous continuons l'œuvre commencée* : c'est assez dire que nous demeurons fidèles non seulement aux idées qui ont présidé à la fondation de l'*Odontologie*, mais encore à celles qui ont guidé sa marche et son succès ininterrompu depuis seize ans.

Émanation de l'Association générale des dentistes de France, de l'Ecole dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de

Paris, ce journal demeurera avant tout l'organe des sociétés professionnelles françaises, le défenseur de leurs intérêts, le promoteur du progrès, de la vulgarisation scientifique, un moyen de communication pour les dentistes de tous les pays, dont il s'efforcera de faire connaître les travaux, restant ainsi une véritable revue internationale ; il constituera enfin un lien avec la presse professionnelle française et étrangère. Les questions intéressant la corporation en général continueront d'y occuper une large place, et le journal se tiendra, comme par le passé, à la disposition de ses lecteurs pour les renseigner sur tous les points de législation, de jurisprudence et de pratique professionnelle.

C'est, en d'autres termes, avec la préoccupation de marcher dans le chemin largement ouvert devant nous et de servir les intérêts de la profession que nous assumons la tâche de diriger *l'Odontologie*. Nous ne ménagerons pas nos efforts pour maintenir ce journal au rang qu'il occupe, ni même pour lui en assurer un autre plus élevé ; seulement nous avons besoin pour cela à la fois de l'appui et du bon vouloir de nos lecteurs. Nous nous plaisons à espérer qu'ils ne nous feront pas défaut.

LA RÉDACTION.

LES CONGRÈS.

Le grand mouvement scientifique qui sera l'honneur du XIX[e] siècle se manifeste sous des formes diverses, dont l'une des plus heureuses et des plus fructueuses est, sans contredit, le *congrès*. Qui dit congrès dit, en effet, réunion d'hommes appartenant à la même profession ou émanant d'un même milieu social, ou ayant sur le même sujet, sur un intérêt commun, des idées personnelles, souvent différentes, dont l'examen et la discussion sont susceptibles de faire jaillir la vérité. C'est dans des réunions de cette nature que, par un exposé de doctrines, par un échange de vues, par une critique judicieuse, par des objections raisonnées et exemptes de parti pris, la lumière peut se faire jour sur les points les plus controversés, sur des problèmes jusque-là sans solution, sur des procédés ignorés ou peu connus, sur des méthodes qui auront des partisans convaincus dès qu'elles auront été appuyées d'arguments solides et de faits indiscutables.

Le monde savant l'a bien compris et il nous donne, depuis longtemps déjà, l'exemple de ces grandes assises où les opinions les plus diverses peuvent être soutenues, mais où, après tout, la science et la vérité finissent toujours par triompher. Mais ce n'est pas seulement pour le monde qui pense que les congrès jouent un rôle considérable, c'est aussi pour le monde qui agit.

Le travailleur est l'agent d'exécution de la pensée, c'est lui qui la met en œuvre, qui lui donne une forme concrète et tangible ; n'est-il pas logique dès lors que les hommes qui travaillent songent aussi à se grouper, à se réunir pour étudier et discuter en commun les questions qui les préoccupent ? Cela suffit à expliquer cette véritable éclosion de congrès à laquelle nous assistons. Gouvernements, sociétés, groupements de toute nature, provoquent et organisent des congrès, et, si le résultat n'est pas immédiat et patent, il ne lui manque souvent que la maturité qu'il puisera dans un avenir prochain.

Et pour donner à ces réunions, non pas l'éclat, mais l'importance, la compétence et l'efficacité désirables, on ne se borne pas aux assemblées d'hommes de la même nation ; pour que les avis les plus variés soient représentés, pour que les discussions aient toute l'ampleur qu'elles comportent, on fait appel aux hommes des pays voisins, aux personnes de toute nationalité, et l'on n'a plus seulement des congrès *nationaux*, mais aussi des congrès *internationaux*.

Pour nous limiter au seul art de guérir, par exemple, celui qui nous touche de plus près, quelle est la branche de la médecine ou de la chirurgie qui n'a pas ses congrès ? On chercherait en vain une partie de l'immense domaine médical ou chirurgical qui ne tînt pas ses assises à des époques régulières. Partout, dans tous les Etats de l'Europe et de l'Amérique, nous voyons à chaque instant des congrès de tout genre : congrès de médecine, de chirurgie, de laryngologie, d'hygiène, etc. Et c'est toujours au grand profit de l'hygiène, de la santé et de la conservation de l'être humain qu'ils se terminent, sans parler du progrès scientifique et de l'augmentation des connaissances de chacun. Nous sommes justement à l'époque habituelle de ces réunions professionnelles et il est pour ainsi dire impossible d'ouvrir actuellement une des nombreuses publications médicales, en quelque langue que ce soit, sans y trouver l'annonce d'un congrès quelconque.

La science odontologique elle-même n'est pas restée étrangère au mouvement et, partout où la profession dentaire est organisée, les congrès de dentistes sont nombreux. Naturellement en cette matière ce sont les Américains qui tiennent la tête : congrès de sociétés locales, de sociétés régionales, de sociétés d'Etat, de plusieurs sociétés d'Etat, de toutes les sociétés des Etats, ce ne sont à chaque instant que congrès de toute espèce. En Angleterre, en Allemagne, en Suisse, nous assistons au même spectacle : partout l'activité professionnelle se décèle sous cette forme.

Ce n'est que plus tard, en France, que nous nous sommes décidés à suivre l'exemple des Américains, non pas que nous soyons ennemis du progrès, mais, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, souvent une idée émane de notre pays, fait son chemin à l'étranger et nous revient lorsque tous l'ont reconnue pratique et l'ont mise à exécution. Il est dans notre tempérament d'être quelque peu réfractaires aux nouveautés, nous tenons opiniâtrement aux vieilles traditions, et ce n'est souvent que quand l'évidence éclate manifestement à nos yeux que nous consentons à nous y rendre.

Ce retard de la France s'explique quelque peu par ce fait que la profession dentaire manquait de cette organisation qui est la cause de sa force dans les autres pays ; mais ce qui était vrai il y a quelques années ne l'est plus aujourd'hui, et nous pouvons dire hardiment que nous avons reconquis sur ce terrain le rang que nous y occupions autrefois. Le premier congrès dentaire international a eu lieu en 1889, à Paris. Il a si merveilleusement réussi, qu'un second se tenait en 1893 à Chicago, et qu'en attendant celui de Paris en 1900, nous voulons encore espérer que nos confrères d'Europe tiendront à en organisèr un troisième en 1897 ou 1898.

Nous avons eu en 1895, à Bordeaux, notre premier congrès dentaire national, dont le succès est incontesté et dont les souvenirs sont encore si vivaces chez chacun de nous.

L'œuvre est commencée : il s'agit de la continuer. Le deuxième congrès dentaire national aura lieu à Nancy le mois prochain ; il dépend de nous que cette troisième réunion française ait la même réussite que ses deux devancières. Il suffit pour cela d'y adhérer, de nous y rendre et d'y apporter le fruit de notre expérience, de nos recherches ou de nos réflexions. L'hésitation à cet égard n'est pas permise : l'utilité des réunions de ce genre est démontrée. Ce n'est pas seulement le progrès professionnel qui profite de ces assemblées, puisque le résultat des efforts individuels devient le patrimoine de tous, c'est aussi l'humanité elle-même qui en recueille les bénéfices. Si un nouveau mode de traitement d'une affection nous est révélé par un confrère, n'éprouvons-nous pas de la satisfaction à l'employer pour nos patients, auxquels nous aurons ainsi rendu service ?

N'est-ce pas d'ailleurs faire œuvre de bonne confraternité que de communiquer ainsi à ses confrères ce que de laborieux essais nous ont permis d'apprendre et ce que des observations répétées nous ont permis de constater ? C'est également donner en quelque sorte un exemple de solidarité professionnelle que de discuter en commun la valeur des procédés employés par chacun. Cet exemple, nous devons à notre bon renom, à notre dignité de le fournir.

Le jour où nous avons des doutes ou même des craintes sur l'efficacité d'un moyen thérapeutique, si nous les exposons devant nos confrères, ne nous déchargeons-nous pas d'une part de la responsabilité qui pèserait sur nous si nous l'employions sans avoir eu recours au préalable à cette sorte de consultation, au jugement de nos pairs ? Ne retournerons-nous pas chez nous avec plus de confiance en notre savoir, après avoir vu nos confrères agir comme nous le faisons nous-mêmes en présence des cas douteux ?

Mais la confiance en soi n'est pas seule à gagner à ces réunions, la puissance du corps professionnel y puise une nouvelle force, et ce que la réclamation isolée d'un dentiste ne saurait obtenir des Pouvoirs publics, par exemple, la voix d'un congrès peut le demander, elle, avec quelque certitude d'être écoutée.

Ces congrès fournissent d'ailleurs un excellent moyen d'entente, de fusion, entre les divers groupes et sociétés professionnels. Ces

tentatives d'union, timides, isolées, sans grande chance d'aboutir lorsqu'elles sont entreprises entre des sociétés rivales, se présentent dans des conditions plus favorables lorsque les mandataires de ces groupes se rencontrent, discutent ensemble sur un terrain neutre et exposent devant des tiers désintéressés les bases d'une entente profitable à tous.

Nous en avons déjà eu un exemple lorsqu'au mois de juin 1893, désirant envoyer une adresse aux congressistes de Chicago, nous réunissions chez notre ami Lecaudey en une *Union dentaire française* les représentants de groupements alors en pleine hostilité.

C'est par l'association seule que nous pouvons disposer d'une influence utile à tous ; malheureusement trop de membres de notre profession se tiennent encore à l'écart du mouvement professionnel et des groupements qui le provoquent. Que chacun de nous travaille séparément la plus grande partie de l'année suivant ses affinités, ses intérêts et ses sympathies, rien de mieux ; mais il se doit à lui-même et il doit à la profession de se rattacher à quelque groupe pour y chercher un appui s'il est faible, pour y apporter un concours s'il est fort. Un congrès, c'est la forme la plus simple de ces groupes.

Ne sont-ce pas là des avantages d'ordre général valant la peine d'être pris en considération et pesant dans la balance d'un poids beaucoup plus lourd que les profits individuels pouvant résulter de la participation à une de ces réunions? Quiconque assiste à un congrès est toujours sûr d'y avoir appris quelque chose qu'il ne savait point : le champ de la science est infini et personne ne peut se vanter d'en connaître toutes les parties. Sous ce rapport donc le temps employé de cette manière n'est point perdu. Nous ne parlerons pas non plus de l'occasion offerte à chaque dentiste de faire, pendant la saison des vacances, un voyage agréable, à frais moindres, et de se rencontrer avec un certain nombre de confrères, dont beaucoup sont pour lui des amis. Ce n'est là qu'un petit côté de la question ; mais les connaissances faites, les relations établies, les sympathies nées sous les auspices d'une réunion semblable sont des avantages moraux qui ont leur valeur. Enfin, nous devons à nos confrères qui se sont imposé, tant à Paris qu'à Nancy, la tâche d'organiser cette réunion la politesse de répondre à leur appel.

Le mouvement est commencé. S'arrêter en si beau chemin après les brillants résultats du congrès de Bordeaux serait un aveu d'impuissance, que rien ne pourrait excuser.

Tous ceux qui ont souci du bon renom du dentiste français comprendront qu'il est de leur devoir de se rendre au deuxième congrès national, à ces grandes réunions qui, comme le disait si bien Paul Dubois, « *constitueront une revue des idées et des hommes, où doivent figurer tous ceux qui ont la noble ambition de prendre place à l'avant-garde de la profession. L'indifférence en pareille circonstance sera jugée une désertion, une diminution d'influence, ainsi que la perte de l'occasion d'augmenter son acquit intellectuel et professionnel* ». Aussi, en donnant ce nouveau rendez-vous à tous nos confrères dans

la belle capitale de la Lorraine, avons-nous confiance que notre appel sera entendu et que, comme à Bordeaux l'année dernière, les dentistes seront nombreux, le mois prochain, au congrès de Nancy.

Ch. Godon.

TRAVAUX ORIGINAUX.

AVANTAGES D'UN ENSEIGNEMENT MÉTHODIQUE DE LA PROTHÈSE DENTAIRE[1].

Par M. Geo. Cunningham, de Cambridge.

J'ai entrepris de traiter la question des avantages d'un enseignement méthodique de la prothèse. L'importance de cet enseignement ne saurait, en effet, être niée, et nous avons tous appris par expérience que l'état actuel de la prothèse est éminemment peu satisfaisant. Nous savons cela tous plus ou moins et nous en souffrons individuellement et collectivement. La difficulté de nous procurer des mécaniciens habiles est notoire et nous touche beaucoup individuellement. Collectivement nous en souffrons aussi, parce que, même si ceux qui font de la réclame et que nous qualifions de charlatans font des pièces de prothèse pour le public, il vaut mieux que ces pièces soient bien faites que si elles l'étaient mal. Après tout, le public mettra longtemps avant de pouvoir distinguer entre les deux classes de praticiens, tandis qu'il est assez clairvoyant pour voir la différence dans la qualité du travail exécuté.

Il est hors de doute, en effet, que le patient est beaucoup plus apte à reconnaître les défauts des pièces que ceux des opérations.

Etant donné cette situation de la prothèse, quelles mesures pouvons-nous prendre pour y porter remède? J'estime qu'il faut d'abord en chercher la cause, car il fut un temps où le travail des mécaniciens était le meilleur travail de la dentisterie — on pourrait presque dire le seul. Je crois que le changement survenu de nos jours doit être attribué simplement à l'absence d'enseignement, à l'absence d'une méthode efficace tant dans les écoles que dans le laboratoire des particuliers, et cela depuis que le dentiste est plus habitué à la chirurgie qu'au laboratoire et en outre par suite des facilités que nous offrent les fournisseurs pour dentistes.

L'immense progrès de la dentisterie opératoire est dû à un enseignement méthodique de cet art, à une étude complète ne portant pas seulement sur le sujet lui-même sous ses différents aspects, mais embrassant aussi toutes les questions médicales et scientifi-

1. Travail lu à la Société dentaire américaine d'Europe dans sa réunion annuelle (1896).

ques permettant à un praticien d'exercer son art en s'appuyant sur des principes raisonnés et scientifiques.

On est en droit de supposer qu'on ferait des progrès semblables en créant pour l'art de la prothèse un enseignement qui comprendrait principalement des travaux de laboratoire en grand nombre et une instruction théorique très limitée. Avant que l'étudiant devînt un *mécanicien-dentiste*, il faudrait d'abord qu'il fût un bon *mécanicien* purement et simplement et en même temps un peu artiste. Il n'est évidemment pas nécessaire qu'il peigne comme Tomes, qu'il sculpte comme Kingsley, qu'il grave comme Stark, qu'il cisèle comme Foulks, mais il faut qu'il possède complètement le sens artistique de la forme et de la couleur dont la connaissance est indispensable à la profession qu'il pratique, de telle sorte que les pièces au moyen desquelles il doit restaurer les pertes de substance du squelette humain soient conformes à la nature et ne blessent pas l'œil. La restauration d'une fonction perdue est, en effet, incomplète si l'esthétique n'est pas combinée avec l'utilité.

On peut donc poser comme premier principe que l'étudiant doit être mécanicien. C'est pour cela que je prétends qu'il doit avoir le même enseignement général et préparatoire dans les arts mécaniques qu'un constructeur de machines, qu'un fabricant d'instruments de précision, un joaillier ou un électricien, c'est-à-dire un enseignement manuel général de l'art de travailler le bois et les métaux, avec des exercices de dessin et de modelage. En même temps il doit acquérir des connaissances solides en physique, en chimie et en métallurgie, pour apprendre les principes scientifiques sur lesquels reposent les états manuels, éléments aussi indispensables pour la dentisterie mécanique que l'histologie, la pathologie ou la thérapeutique pour la dentisterie opératoire.

En examinant l'organisation pratique de cet enseignement, je suis obligé de me placer presque entièrement au point de vue des conditions et des exigences qu'impose le milieu professionnel, c'est-à-dire d'une part le *Dentist's Act* pour le Royaume Uni et la façon dont il est appliqué.

Notre enseignement a beaucoup différé sous le rapport de la prothèse de celui des écoles d'Amérique et du Continent en ce sens qu'il a imposé, pour apprendre la prothèse, trois années d'études en vue d'obtenir le diplôme dentaire de L. D. S. (Licencié en chirurgie dentaire).

Je connais de bons praticiens (et je ne suis pas seul à en connaître) pour lesquels ces études ont constitué un enseignement satisfaisant, d'une sérieuse valeur. Bien plus, c'est un fait notoire que maint dentiste qui, au début de sa carrière, n'était qu'un bon mécanicien, doit ses succès comme dentiste à cette circonstance qu'autrefois il n'était ni plus ni moins qu'un simple mécanicien, devenu ensuite chirurgien-dentiste, et beaucoup d'hommes de ce genre sont vraiment de bons opérateurs.

Aujourd'hui le fils dédaigne les avantages qui ont fait son père. Celui-ci s'imagine trop souvent que, s'il avait eu seulement un titre

médical, il serait un grand homme, et dès lors le fils fait ses trois années d'études, qui ne constituent qu'un simple amusement. Il fréquente les écoles de médecine et les écoles dentaires ou même l'Université, et là il sacrifie l'enseignement de la dentisterie pour acquérir des connaissances médicales qu'il oubliera bientôt pour la plupart. Quand il a enfin obtenu les titres qu'il convoitait, il peut chercher à être opérateur, et alors son infortuné patron s'aperçoit que ce jeune homme titré en médecine, en chirurgie et en dentisterie, n'est pas capable de gagner ce que l'on donne chaque semaine à un bon petit apprenti de laboratoire.

Malheureusement les occupations du chirurgien sont devenues si grandes qu'il ne peut pas trouver assez de temps pour former les élèves qu'il a dans son laboratoire et, la plus grande partie du temps, ils sont livrés à eux-mêmes ou à un mécanicien qui n'a aucun intérêt à ce qu'ils apprennent quelque chose.

Dans quelques-unes de nos écoles on a essayé de fabriquer des dents artificielles pour fournir aux étudiants l'occasion de se familiariser avec des procédés qu'ils devraient avoir appris pendant qu'ils étaient élèves, avant d'aborder l'étude de la chirurgie dentaire. Un professeur d'une de ces écoles dit que sur 200 étudiants qui ont suivi ses cours, 14 0/0 seulement étaient réellement de bons mécaniciens, 46 avaient des connaissances passables, et presque la moitié n'avaient qu'une notion légère de ces principes, dont la possession complète est si nécessaire pour assurer le succès plus tard.

Ce que nous avons à examiner par conséquent, c'est le moyen de porter remède à cet état de choses. Le laboratoire du praticien n'est pas une école au sens propre du mot. C'est nécessairement un lieu où le côté commercial du travail domine et, dans bien des cas, la nature de ce travail est subordonnée à cette considération. Il peut parfaitement compléter ou terminer l'enseignement, mais il ne saurait donner cet enseignement préparatoire que nous considérons comme indispensable.

Les hommes ne sont pas parfaits, chacun le sait, et par conséquent il n'y a pas de dentistes parfaits; nous n'ignorons pas qu'il y a beaucoup de membres de notre profession qui touchent des honoraires pour recevoir des élèves chez eux et ne leur donnent jamais d'enseignement en échange. C'est pour cela qu'on a proposé d'assurer par les écoles dentaires actuelles l'enseignement de la prothèse aux élèves.

Pour ma part, connaissant nos écoles telles qu'elles existent en Angleterre, je suis opposé à cette idée, parce que l'école anglaise est, comme la plupart des autres écoles de médecine de notre pays, avant tout un établissement de bienfaisance, et à titre accessoire seulement une école. Or, ce qu'il faut, c'est avoir à sa disposition un nombre suffisant de cas propres à l'enseignement et, en outre, pour la prothèse, une grande variété de cas que ne peut jamais fournir complètement le service dentaire d'une institution de bienfaisance.

J'ai examiné avec une grande attention l'enseignement de la prothèse dans les écoles américaines, j'ai en ce moment devant les yeux le programme du travail exigé dans le laboratoire de prothèse de la section dentisterie de l'Université de Buffalo, et on peut le prendre pour type de ce qu'on enseigne dans une bonne école américaine, où la prothèse marche de pair avec la dentisterie opératoire. Cette nomenclature est longue et étendue, mais j'ai en vain cherché dans ce programme une méthode quelconque : il n'y en a point. Il n'assure pas non plus cet enseignement préparatoire à la prothèse, que je réclame et qui est tout aussi important ou plus important même que la technique opératoire.

Il y a quelques années j'avais résolu de ne jamais plus prendre d'élèves dans mon laboratoire ; mais peu de temps après je m'intéressai à la vaste question de l'enseignement professionnel en général, et mon attention fut attirée sur quelques-uns des points qu'on étudiait alors. Je décidai de faire ce qui était possible avec l'aide des professeurs Stuart et Lyon, qui avaient fondé et développé, malgré une opposition très vive, une école de mécanique à l'Université de Cambridge. J'obtins qu'ils se chargeassent de mes élèves. Je leur fis remarquer que, comme j'employais dans mon laboratoire des pièces toutes prêtes, ce laboratoire n'était plus l'école d'enseignement qu'il avait été autrefois, lorsqu'il fallait tout faire : outils, matières, pièces, c'est-à-dire à l'époque où nous avions de bons mécaniciens. Nous ne reverrons plus cette époque-là, l'*âge d'os* de la dentisterie. Certes il n'est pas nécessaire de retourner au système de l'apprentissage avec six ou sept ans de gros ouvrage ; mais nous pouvons modifier cet état de choses pour l'adapter à la situation actuelle, où il est plus commode et plus économique d'acheter que de fabriquer les matières que nous transformons en dentiers.

Maintenant, après cet enseignement manuel préparatoire, au lieu d'avoir un garçon non dégrossi qui nous donne beaucoup de désagréments dans le laboratoire, nous avons un étudiant qui est quelque peu mécanicien, qui connaît beaucoup de procédés mécaniques et qui se familiarisera rapidement avec les travaux et les procédés spéciaux du laboratoire dentaire.

Ce qui explique pourquoi il est pire de passer tant d'années à faire le même genre de travail que de faire de la grosse besogne, c'est que les premières fois que l'élève prend une empreinte au plâtre, qu'il fait ou coule un moule dans le métal, il est vivement intéressé ; mais, en répétant sans cesse la même manipulation, son esprit s'affranchit de l'attention, se met à vagabonder, il agit comme une machine, et n'est pas à la dentisterie.

Au lieu de cette monotonie si profonde, donnez à exécuter à ce jeune homme une série d'essais présentant un intérêt pratique, par exemple un articulateur, un chalumeau, un ciseau, etc. ; vous faites ainsi travailler graduellement son cerveau et vous le développez en même temps que sa main ; il en résulte que, quoique vous ne lui fassiez pas faire en apparence un travail purement

dentaire pendant quelques mois, quand il arrive à celui-ci, il fait plus de progrès que le jeune homme instruit simplement à la manière ordinaire.

Pendant des années j'ai lu des articles sur ce sujet et j'ai été amené à conclure qu'il fallait désespérer de réaliser jamais une réforme sérieuse sur ce terrain. Après avoir étudié longuement les méthodes de l'*Institut technique moderne*, j'ai préparé un projet d'*Institut de technologie dentaire* et j'ai essayé de déterminer mes collègues à entreprendre cette œuvre. Je désirais qu'ils fondassent une école complète de mécanique dentaire, dont le capital aurait été fourni par les dentistes et aurait été suffisant pour payer des professeurs.

Un certain nombre de mes collègues m'ont aidé à réaliser les idées émises dans cet article. Nous avons pris un atelier à Londres et vous pourrez voir par le résumé que je fais passer sous vos yeux l'économie de notre projet. Je crois que nous sommes à la veille de créer quelque chose comme un enseignement de la mécanique, exactement comme vous avez déjà un enseignement de la chirurgie dentaire. Tout élève n'accomplissant pas d'une manière satisfaisante le stage de trois mois de l'enseignement manuel est exclu du cours d'études et invité à chercher quelque autre carrière où l'habileté manuelle ne soit pas une condition *sine quâ non* de réussite.

J'ai apporté avec moi quelques échantillons du genre de travail exécuté par ce système : des travaux d'ordre général, des travaux artistiques, des pièces dentaires. Voici, par exemple, ce qu'a fait en repoussé un jeune homme de Cambridge. Cela explique ce que j'ai dit touchant le sens de la forme et de la couleur qu'il convient de donner à l'étudiant et est la conséquence du modelage en terre. Cela montre que nous nous efforçons de rendre ces jeunes gens quelque peu artistes.

C'est une sorte d'échantillon de ce qu'on pourrait appeler l'*art appliqué à la dentisterie*. L'autre spécimen comprend plusieurs types de travail à pont exécutés quinze mois après que le jeune homme avait commencé son apprentissage. Le travail à pont, j'imagine, peut être considéré comme une sorte de mécanique dentaire ; voilà des dessins et des plans, tirés d'un traité sur la construction choisi par l'élève comme guide dans les principes régissant certains cas s'appliquant à la bouche. Naturellement il faut du temps pour reconnaître complètement ce que vaut un nouveau système d'enseiment ; mais il convient de noter que le premier étudiant instruit d'après ce système technologique a depuis terminé ses deux années d'études de chirurgie dans le service dentaire de Guy's Hospital et a obtenu le prix de dentisterie pratique, ce qui démontre une fois de plus qu'un bon mécanicien fait un bon opérateur.

En terminant j'ajouterai que cet *Institut de technologie* a été ouvert à Londres, 4 Langham Chambers, où nous serons heureux de recevoir les membres de cette Société ou tout autre confrère. Cet établissement est né de ce simple fait qu'un certain nombre de dentistes, étant arrivés à cette conclusion qu'ils ne pouvaient pas ins-

truire convenablement les élèves dans leur laboratoire, se sont as-



Atelier de démonstration de l'Institut.



Atelier de moulage.

sociés pour constituer le capital nécessaire à la création d'une école, dans le seul but d'enseigner la mécanique dentaire.

Une visite dans nos ateliers et nos laboratoires fera plus pour vous convaincre du but que nous poursuivons et de la méthode suivie que cet exposé un peu imparfait de ce que nous considérons comme un enseignement méthodique de la prothèse dentaire [1].

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE.

MÉDICATION DE LA DOULEUR.

Par M. le Dr Maurice Roy,

Dentiste des hôpitaux, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Cette médication n'est pas une des moins importantes en thérapeutique dentaire où la lutte contre le phénomène douleur joue un si grand rôle.

I. *Mode d'action.* — Le système nerveux étant le conducteur obligatoire de toute sensation douloureuse, c'est à lui qu'il faudra s'adresser pour combatre la douleur. Pour cela on pourra agir soit sur la périphérie (extrémités nerveuses), soit sur les conducteurs, soit sur le centre perceptif. Il y a donc une médication périphérique et une médication centrale ; la première supprime l'excitabilité, la seconde annihile les propriétés des couches corticales cérébrales (Hayem). En thérapeutique dentaire c'est presque uniquement à la médication périphérique que l'on a recours, la médication centrale n'étant guère utilisée que contre la névralgie faciale, dite essentielle.

On agira plus ou moins facilement contre la douleur suivant que l'organe qui provoque celle-ci est accessible ou non aux actions thérapeutiques directes et par-dessus tout suivant la cause de la douleur.

II. *Moyens d'action.* — La première indication de la médication de la douleur est sans nul doute la suppression de la cause initiale,

---

1. Voici un extrait du programme de cet établissement : l'enseignement comprend deux parties principales : l'enseignement manuel (général et appliqué), les sciences (générales et appliquées). Il a une durée de 3 années.

La 1re année est consacrée spécialement au travail manuel du bois et des métaux sur l'enclume, à la forge, à l'étau, au tour, ainsi qu'au dessin, à la fabrication des instruments, au modelage, à la sculpture sur bois, au repoussé, à la confection des modèles et au moulage. La partie scientifique comprend la physique, la chimie, la morphologie des dents.

La 2e année est consacrée à l'enseignement manuel appliqué au moyen d'une série graduée de pièces dentaires : plaques, couronnes, travail à pont. Partie scientifique : chimie et métallurgie dentaire, fourneaux, métaux, alliages, soudures, plaques, fils métalliques, crampons, amalgames, ciments.

La 3e année est employée à des travaux de mécanique dentaire spéciaux et plus difficiles, à l'essai comparé des diverses méthodes : céramique, gencive continue, obturateurs, attelles, applications chirurgicales, restaurations, recherches et études spéciales suivant les capacités de chacun.

Un directeur est à la tête de chacune des trois branches de l'établissement : travaux manuels, sciences, art. Un nombreux personnel enseignant assure le service de la section du travail manuel appliqué et de la section technique.

de même que dans toutes les autres médications ; mais deux choses peuvent se produire : 1° la douleur peut persister après la suppression de la cause, la périostite par exemple peut subsister un certain temps après la suppression de sa cause (traumatisme, infection) ; 2° la suppression immédiate de la cause peut être impossible, soit que celle-ci ne soit pas connue, soit qu'elle ne soit pas immédiatement accessible aux actions thérapeutiques. La douleur de la pulpite par exemple cesse immédiatement après l'extirpation ou la destruction de la pulpe, mais cette extirpation ou cette destruction ne sont pas toujours immédiatement réalisables.

On est donc amené ainsi à s'attaquer à la douleur prise en elle-même, que cette action soit précédée de la suppression de la cause ou qu'elle soit accompagnée ou suivie d'une médication dirigée contre celle-ci.

Applications externes. — En thérapeutique dentaire, avons-nous dit, c'est surtout par des applications externes que l'on combat la douleur.

Ces applications n'agissent pas toutes de la même manière : certaines agissent d'une façon en quelque sorte mécanique, tels sont les isolants ; d'autres agissent par leur action particulière sur les tissus, le tissu nerveux en particulier, tels sont les anesthésiques locaux ; d'autres agissent indirectement contre la douleur en diminuant la congestion, cause principale de la douleur dans les inflammations, etc.

Isolants. — Les isolants sont certainement des agents des plus importants en art dentaire, puisque sous cette appellation commune nous pouvons comprendre toutes les matières obturatrices.

Celles-ci ont pour effet d'empêcher l'arrivée, au contact des parties altérées de la dent, des germes infectieux venus de l'extérieur; mais en même temps, dans les caries du 2e degré, elles agissent contre la douleur en protégeant contre les impressions extérieures, impressions de contact, thermiques, etc., des tissus dont la sensibilité est extrême.

Dans les caries du 2e degré le seul remède à la douleur, peut-on dire, est l'occlusion de la dent.

En effet, dès que celle-ci est obturée la douleur cesse, si la matière obturatrice n'exerce pas d'action par elle-même et si elle est mauvaise conductrice de la chaleur. Néanmoins la thérapeutique du 2e degré ne se borne pas à cela. Avant de pratiquer l'obturation, il faut faire l'ablation de tout le tissu altéré, et cette opération est souvent assez douloureuse pour nécessiter l'emploi de moyens spéciaux dont nous parlerons un peu plus loin.

Le meilleur isolant est la gutta-percha, qui n'exerce pas d'action irritante sur la dentine et est un très mauvais conducteur de la chaleur.

Les ciments d'oxyphosphate et d'oxychlorure de zinc sont également mauvais conducteurs de la chaleur, mais ils exercent une action irritante sur la dentine, surtout l'oxychlorure de zinc. Les substances métalliques, or, amalgame, n'exercent pas cette action irritante, mais elles sont bonnes conductrices de la chaleur. Une

obturation provisoire de la dent avec de la gutta-percha est un bon moyen de diminuer la sensibilité de la dentine à l'excision.

La ouate simple ou imbibée d'une teinture résineuse, benjoin ou gomme laque, peut servir d'isolant provisoire pendant le tempsqui s'écoule entre la préparation d'une cavité du 2e degré et son obturation.

Dans le cas où la pulpe est exposée, un tampon de ouate placé dans la carie, en protégeant celle-ci contre les agents extérieurs, diminue la douleur; mais, dans ce cas, l'occlusion simple de la dent est insuffisante, car on est en présence d'un tissu enflammé qui provoque des réactions douloureuses, même en dehors du contact direct du chaud, du froid ou des aliments.

Parmi les moyens mécaniques dirigés contre la douleur, il nous faut encore indiquer, en cas de périostite par infection pulpaire, la désobturation ou la trépanation de la dent qui, en donnant issue aux produits de décomposition, amène très rapidement la disparition des phénomènes douloureux; de même l'isolement de la dent à l'aide de la digue en caoutchouc, qui diminue la douleur produite par l'excision de la dentine dans les caries du 2e degré.

On connaît l'action des corps gras comme protecteurs de la peau contre la douleur produite par les brûlures.

Agents médicamenteux. — Parmi les agents employés comme topiques nous avons déjà parlé à la médication antiphlogistique de l'action qu'exercent contre la douleur, dans l'inflammation, les émollients et les vaso-constricteurs; leur action est indirecte.

Mais il existe des agents qui agissent directement contre l'élément douleur par leur action propre sur les filets nerveux; telles sont les préparations opiacées, la belladone, la ciguë, les anesthésiques locaux. En thérapeutique dentaire il nous faut en outre ranger dans la même catégorie un certain nombre d'agents ayant une action toute différente, quand ils sont employés en médecine générale, mais que l'on doit néanmoins y faire entrer en raison de leur action spéciale sur les tissus dentaires.

Les préparations opiacées agissent très peu sur la peau saine; on emploie cependant le laudanum en badigeonnages contre les douleurs de l'arthrite rhumatismale. Un moyen fréquemment employé par le public contre les douleurs d'origine dentaire consiste à introduire dans le conduit auditif externe une boulette de coton imbibée de laudanum; ce moyen est de peu d'efficacité, de même que l'application de laudanum contre les douleurs consécutives à l'extraction des dents.

Appliqués sur la peau dénudée ou en injection hypodermique, les opiacées agissent au contraire très rapidement contre la douleur, ils agissent surtout par action générale.

Le chlorhydrate de morphine, associé à l'acide phénique ou à l'essence de girofle à consistance de pâte et appliqué *loco dolenti*, est un très bon calmant dans la pulpite; la cocaïne seule lui est supérieure; on se trouvera bien de l'association de ces deux alcaloïdes. Voici la formule que nous employons:

Chlorhydrate de morphine } àâ 0,002 milligr.
Chlorhydrate de cocaïne }
Essence de girofle, q. s. pour faire une pâte épaisse.

Appliquer sur la pulpe et recouvrir de gutta-percha en foulant très légèrement et en interposant un petit morceau de papier d'amiante entre la pâte et la gutta.

On avait conseillé autrefois l'association de la morphine à l'acide arsénieux pour obtenir la dévitalisation indolore de la pulpe, mais on n'obtient ainsi aucune atténuation de la douleur.

La belladone et l'atropine paralysent les nerfs périphériques, mais elles n'ont pas d'usage en thérapeutique dentaire. P. Dubois avait pensé à employer l'atropine pour obtenir la dévitalisation indolore de la pulpe en utilisant les propriétés vaso-contrictives de cet agent, mais il a remplacé cette substance par l'ésérine, alcaloïde de la fève de Calabar, moins toxique et plus active.

La ciguë a été vantée contre les douleurs du cancer sous forme d'emplâtre à l'extérieur ; on emploie aussi son alcaloïde, la cicutine, à l'intérieur.

Les anesthésiques locaux sont des agents très employés contre la douleur, et la cocaïne est certainement celui d'entre eux que l'on doit placer au premier rang. Sur les muqueuses, dans la bouche en particulier, la cocaïne est employée en applications topiques, soit d'une solution aqueuse, soit de collutoires, mais on en surveillera l'emploi pour peu que le titre de la solution soit un peu élevé, car un pharmacien a succombé à une intoxication cocaïnique à la suite de pulvérisations trop prolongées d'une solution de cocaïne dans la gorge. En thérapeutique dentaire, sans parler de son rôle comme anesthésique local pour l'extraction des dents, c'est surtout dans le traitement des caries du 3e degré qu'on l'utilise et qu'on en retire les effets excellents, soit qu'on l'emploie seule ou associée à la morphine, comme nous l'avons dit plus haut pour calmer les douleurs de la pulpite, soit qu'on l'associe à l'acide arsénieux pour obtenir la destruction indolore de la pulpe. Nous employons la formule suivante :

Acide arsénieux } àâ 0 gr. 001
Chlorhydrate de cocaïne }
Essence de girofle, q. s. pour faire une pâte épaisse.

A appliquer sur la pulpe dénudée, recouvrir d'un petit morceau de papier d'amiante, puis de gutta-percha.

P. Dubois, qui ajoute l'ésérine à la cocaïne, emploie la formule suivante :

Acide arsénique	5 décigr.
Esérine	2 —
Cocaïne	2 —

Chloroforme, q. s. pour faire une pâte semi-solide.

En tout état de cause une ouverture large de la chambre pulpaire

diminue la douleur de l'application de l'acide arsénieux en permettant la facile expansion de l'organe congestionné.

Pour obtenir l'insensibilité de la dentine, c'est presque uniquement à des agents caustiques qu'il faut recourir.

L'action de ces caustiques doit être très superficielle, sous peine de dépasser le but et de détruire la pulpe. C'est pourquoi l'acide arsénieux devra être absolument proscrit dans les caries du 2e degré, même peu profondes, la mortification de la pulpe étant à peu près fatalement consécutive à son emploi.

L'acide phénique, employé en solution alcoolique à parties égales ou mieux sous forme de cristaux fondus dans la cavité à l'aide de l'air chaud, est un bon moyen d'insensibilisation de la dentine. La créosote diminue la sensibilité, mais ramollit la dentine ; on ne l'emploiera donc pas dans ce cas.

Le chlorure de zinc amène aussi une certaine insensibilisation de la dentine, mais son action est loin d'être indolore et peut retentir d'une façon fâcheuse sur la pulpe.

Les deux meilleurs anesthésiques de la dentine sont le nitrate d'argent et l'acide sulfurique cocaïné.

Le nitrate d'argent est employé soit sous forme de petits cristaux portés dans la cavité, soit incorporé à la gutta-percha pour pansement à demeure. On ne devra pas l'employer pour les dents antérieures à cause de la coloration noirâtre qu'il imprime aux dents, sauf cependant dans les petites caries du collet, ces sortes d'exulcérations, pourrait-on dire, que l'on observe assez fréquemment au collet des dents antérieures et qui sont remarquables par leur sensibilité extrême ; le nitrate d'argent constitue là l'agent de choix. La partie altérée se colore en noir, il est vrai, mais la sensibilité disparaît et, si l'ivoire est un peu ramolli, il se durcit ; le nitrate d'argent cicatrise en quelque sorte et l'on peut ainsi arrêter souvent des caries dont le traitement est assez désagréable, étant donné la nécessité de sacrifier parfois des portions relativement assez considérables de la face antérieure des dents.

L'acide sulfurique cocaïné (Herbst) est du chlorhydrate de cocaïne à saturation dans l'acide sulfurique, auquel on ajoute de l'éther sulfurique qu'on laisse ensuite évaporer. C'est le meilleur anesthésique de l'ivoire à action immédiate (P. Dubois). On ne devra pas l'employer dans les caries du 2e degré où la pulpe n'est protégée que par une faible portion de dentine.

Agents physiques. — Le froid est un anesthésique local et, à ce titre, il peut être employé contre la douleur ; cependant dans les affections dentaires il sera rarement employé dans ce but, car il est par lui-même un agent provocateur de la douleur dans celles-ci.

Le chlorure d'éthyle projeté sur la région douloureuse pourra amener une sédation de la douleur dans la névralgie faciale ; il en est de même du chlorure de méthyle, mais pour ce dernier l'action révulsive l'emporte certainement sur l'action anesthésique.

Les crayons de menthol, dits crayons-migraine, agissent par le froid que produit l'évaporation du menthol déposé sur la peau.

La chaleur joue un rôle important en thérapeutique dentaire dans la lutte contre le phénomène douleur, notamment dans le traitement des caries du 2e degré. En effet la projection d'air chaud sur la dentine amène sa dessiccation et diminue sa sensibilité. L'application du fer rouge sur la dentine est douloureuse, mais elle amène également son insensibilisation. On pourra recourir à ce moyen quand le nitrate d'argent aura échoué dans les petites caries du collet dont nous avons déjà signalé la difficulté de traitement.

La chaleur, employée alors comme révulsif, pourra être utilisée contre la douleur dans diverses affections, soit sous forme de bains, soit sous forme de compresses trempées dans l'eau très chaude (55°) et appliquées sur la région douloureuse (Reclus)[1].

L'électricité est un puissant moyen d'action contre la douleur; on y recourra dans la névralgie faciale, où il a donné de nombreux succès.

Pour la galvanisation on applique le pôle négatif sur un point indifférent et le pôle positif sur le point douloureux; cependant parfois c'est la disposition contraire que l'on devra employer; quelquefois on devra alterner. Pour la recherche du point douloureux on applique le pôle positif sur un point indifférent et avec le négatif on explore la région (Hayem).

On emploiera à la face au début un courant de 3 milliampères, que l'on élèvera progressivement à 4 ou 5 milliampères; les séances seront de dix minutes au plus.

Pour la faradisation on fera également des séances courtes au début.

On emploie également l'action révulsive de l'électricité (pinceau électrique) contre des douleurs particulièrement intenses (angine de poitrine).

Tous les moyens révulsifs sont employés contre la douleur, ils seront particulièrement utiles contre celle de la périostite.

Médication interne. — La médication interne utilise des agents très nombreux qui agissent presque tous sur les centres nerveux et non plus sur les extrémités périphériques comme les applications externes.

Les anesthésiques généraux, en cas de douleurs atroces, pourront être employés.

Le chloral, l'opium sont des hypnotiques, mais qui sont également très employés contre la douleur puisqu'ils paralysent les centres nerveux.

L'atropine paralyse les nerfs périphériques.

C'est presque uniquement contre la névralgie faciale que la médication interne est employée par le dentiste, mais dans cette affection, la multitude des agents employés montre assez la difficulté d'obtenir un résultat satisfaisant.

La quinine devra toujours être prescrite, au moins au début, pour le cas où l'on se trouverait en présence d'une forme larvée de paludisme.

---

1. P. Reclus. *L'eau chaude en chirurgie. Sem. méd.* 1895, p. 482.

L'aconitine produit une modification spéciale de l'innervation sensitive, dont les effets sont surtout sensibles au niveau de la sphère du trijumeau.

Gungee et Thomson recommandent le gelsemium sempervirens dans les douleurs de la face liées aux altérations des dents.

L'acétanilide réussit bien dans les névralgies du trijumeau.

L'antipyrine, l'exalgine, la phénacétine sont des antinervins à employer; la phénacétine devra être employée avec précaution, des accidents mortels ayant suivi son emploi à dose peu élevée.

Citons encore les préparations de zinc, valérianate et cyanure de zinc, le phosphore, le sulfate de cuivre ammoniacal.

III. *Indications.* — En résumé, pour agir contre la douleur, il y a deux indications à remplir : 1° s'efforcer de découvrir la cause et la faire disparaître; 2° satisfaire à l'indication de calmer le plus rapidement possible une douleur vive, en attendant que le traitement causal ait agi, tout en utilisant pour cela, s'il y a lieu, la connaissance de la cause pathogénique (quinine dans la fièvre larvée, salicylate de soude dans le rhumatisme, etc.).

On tiendra compte, en outre, de l'intensité de la douleur, de son siège, de sa marche (continue, paroxistique, périodique) et de son ancienneté.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE LA DENT OCCASIONNÉES PAR LA CARIE DENTAIRE.

Par M. J. Choquet,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Les altérations que subit une dent au cours de l'évolution de la carie dentaire peuvent porter sur les trois tissus durs qui composent cette dernière.

Depuis que la théorie chimico-parasitaire a été reconnue non seulement comme la plus rationnelle, mais encore comme la seule vraie, la plupart des auteurs français et étrangers se sont efforcés, au cours de nombreuses publications, de bien définir les ravages que peut occasionner l'invasion microbienne, ainsi que l'étendue de ceux-ci.

Envisageons donc séparément chacun des cas qui peuvent se présenter à notre attention, sans vouloir reprendre de point en point l'anatomie de la dent, quoique nous soyons forcé d'en parler un peu dans ces notes, ne serait-ce qu'au point de vue anatomo-pathologique. La théorie chimico-parasitaire étant notre point de départ, examinons rapidement les causes qui peuvent favoriser la production de la carie dentaire.

Celles-ci sont de quatre ordres différents :

1° *Causes prédisposantes générales*, comprenant : l'âge, le sexe, la constitution, l'hérédité ;

2° *Causes prédisposantes locales*, comprenant : les imperfections congénitales de structure ;

3° *Causes occasionnelles* ;

4° *Causes efficientes.*

Nous glisserons très rapidement sur la première et la deuxième des causes prédisposantes générales, car nous savons tous que le maximum de production de la carie dentaire commence pour les dents temporaires vers 3 ou 4 ans, et, pour la dentition permanente, de 13 à 20 ans.

Nous ne dirons rien du sexe non plus, car l'écart observé par Magitot chez l'homme et chez la femme est trop faible pour que, à notre avis, on puisse faire intervenir cette cause dans la production de la carie.

La constitution, elle, attirera plus spécialement notre attention, car c'est, parmi les causes prédisposantes générales, celle qui favorise le plus la production des altérations de la dent par suite des troubles de nutrition qui peuvent se produire pendant certaines maladies, comme cela a été signalé bien souvent et avec juste raison.

L'hérédité devra aussi nous intéresser, mais à un degré moindre.

Passant maintenant en revue les causes prédisposantes locales, nous tombons en plein milieu des conditions propres à favoriser les altérations qui nous intéressent.

Ces conditions tiennent principalement aux anomalies de structure, anomalies pouvant porter aussi bien sur l'émail que sur la dentine ou le cément.

Examinons séparément chacun de ces cas.

1° *Email.* Lorsque l'on examine une dent d'apparence très saine dont on a fait une section longitudinale, en ayant soin de conserver l'émail aussi intact qu'il est possible, on reste quelquefois étonné des défauts de structure que l'on peut alors remarquer.

Ces défauts sont plus ou moins nets, plus ou moins accentués, suivant les dents auxquelles on a affaire.

Si nous prenons par exemple une incisive, voici ce que nous trouvons dans certains cas :

a) Partie antérieure ou labiale. — Couche d'émail à peu près normal dans la partie centrale, sauf des sinuosités plus ou moins accentuées dans la disposition des prismes.

b) Partie tranchante. — Nous nous trouvons souvent en présence (surtout dans les cas d'articulation défectueuse), non plus d'une couche d'émail intact, mais d'une couche d'émail imperceptible qui recouvre à peine (quand elle la recouvre) la couche de dentine sous-jacente.

c) Partie labiale, à l'autre extrémité, c'est-à-dire au point où se fait la jonction du cément et de l'émail. Nous rencontrons très souvent une sorte de concavité très nette, surtout dans les dents où la

soudure des deux éléments que nous venons de signaler se fait bout à bout. Dans ce cas, la dentine qui est immédiatement sous-jacente présente un aspect particulier et caractéristique. Les canalicules semblent s'être rapprochés les uns des autres et forment ainsi une zone plus foncée que l'ensemble de la préparation, zone qui s'étend en s'amincissant jusqu'à la cavité pulpaire. On ne peut mieux comparer celle-ci qu'à la zone de calcification qui se produit dans toute carie ordinaire.

Il y a du reste un moyen bien simple de s'en assurer, c'est de colorer l'ensemble de la préparation en employant une couleur quelconque d'aniline (du violet de méthyle, par exemple) suivie de la méthode de Gram.

L'ensemble des canalicules sera bien coloré, mais d'une façon presque nulle, tandis que la partie que nous signalions tout à l'heure sera teintée en violet foncé.

A notre avis, pour des préparations faites par usure, s'il existe une carie commençante par suite d'une défectuosité congénitale, on aura toujours avantage à colorer la préparation entière par la méthode de Gram.

Si maintenant nous examinons la partie linguale ou palatine, nous avons beaucoup plus de chances de rencontrer des anomalies de structure.

Les canines et quelquefois même les incisives, soit centrales, soit latérales, présentent au talon les vestiges d'un cuspide rudimentaire.

Il se produit des anfractuosités dans lesquelles la cuticule de l'émail n'a pu pénétrer. La couche d'émail n'étant plus protégée par cette mince pellicule qui est inattaquable par les acides, se trouvera dans un degré d'infériorité marquée et fatalement il se produira tôt ou tard dans ce cas une carie à l'endroit que nous venons de signaler.

Si de semblables altérations n'occasionnent pas plus souvent des caries profondes et rapides, cela tient, en majeure partie, à l'épaisseur de la couche d'émail à cet endroit et aussi à la direction que possède cette anomalie. Ainsi, la carie formée prendra la plupart du temps la direction verticale.

Ce que nous venons de dire s'applique aux dents de bouche, c'est-à-dire aux incisives et aux canines.

Si maintenant nous nous occupons des prémolaires, nous sommes beaucoup plus exposés à rencontrer les altérations que nous avons mentionnées pour les dents de bouche.

Cela se conçoit facilement, car ici nous avons à considérer le ravin ou les ravins produits par la dépression occasionnée entre les tubercules. Cette dépression présentera exactement les mêmes caractères anatomo-pathologiques que pour les dents précédentes, avec la seule différence que, la plupart du temps, ils seront placés à la partie centrale de la couche d'émail, c'est-à-dire où cette dernière a une épaisseur moindre. De plus, l'altération, au lieu d'être localisée en un petit pertuis, présentera au contraire un aspect en sillons très accentué.

Bien souvent de petites taches noirâtres existant entre les cuspides des molaires sont dédaignées par le dentiste. C'est, à notre avis, un très grand tort, car fréquemment ces taches sont de véritables caries allant quelquefois jusqu'à la pulpe.

Il en sera de même pour les grosses molaires, mais cela à un dégré encore plus accentué, par suite du nombre des cuspides et des sillons existants.

Occupons-nous maintenant de la dentine et des défauts de structure que cette dernière peut présenter.

La dentine est essentiellement composée de deux parties bien distinctes :

1° Une substance fondamentale, homogène, d'une grande dureté, finement granuleuse ;

2° Une substance tubuleuse.

Très fréquemment, à l'examen microscopique, on aperçoit sur les parties latérales de la dentine, c'est-à-dire sur les parties les plus rapprochées de l'émail ou du cément, des vides dans le corps du tissu lui-même, vides traversés de part en part par les canalicules de la dentine.

Ces vides ont été signalés pour la première fois par Czermak et Owen, qui les considéraient comme propres à l'histologie normale. On s'est rendu compte depuis que ces vides ou *espaces interglobulaires de Czermak* ne sont au contraire que des anomalies de structure existant dans le tissu dentinaire.

D'après nous, on est appelé à les rencontrer le plus fréquemment au niveau du collet de la dent. On peut aussi les trouver dans la partie sous-jacente à l'émail, mais moins fréquemment cependant, et c'est d'une façon beaucoup plus rare qu'on les aperçoit dans la partie radiculaire.

Pour peu qu'une carie vienne à se produire, les micro-organismes transforment ces espaces interglobulaires en veritables réceptacles à microbes et, chose assez singulière, nous ne les avons jamais trouvés remplis par d'autres microbes que des micrococques. Nous n'aurons pas grand'chose à dire au sujet du cément, vu que les anomalies de structure, tout au moins dans la partie radiculaire, sont très rares et qu'en règle générale, pour qu'une carie vienne à commencer son évolution sur le cément, il faut que celui-ci ait été privé de sa membrane d'enveloppe, c'est-à-dire du périoste, comme cela se produit sur les dents déchaussées ou bien chez les vieillards.

Passons aux causes occasionnelles qui peuvent favoriser la production de la carie dentaire. Ces causes peuvent être les fissures et l'usure ; on doit y ajouter le contact des agents chimiques que Magitot a divisés en trois classes :

1° Ceux qui altèrent les tissus dentaires en totalité ;

2° Ceux qui agissent spécialement sur l'émail ;

3° Ceux qui n'ont d'action que sur la dentine et le cément.

Dans la première classe rentreront les acides *citrique*, *malique*, *butyrique*, *lactique*.

Dans la seconde, l'*acide oxalique*, l'*alun* et les *oxalates acides*.

Dans la troisième, l'*acide tartrique*, l'*acide acétique* et les *tartrates acides.*

On peut et l'on doit aussi faire entrer en ligne de compte les fermentations acides provoquées par les microbes contenus dans la cavité buccale, fermentations qui contribuent, pour la majeure partie, à la production de la carie dentaire.

Enfin, nous considérerons comme causes efficientes ou adjuvantes de la carie les divers micro-organismes que l'on est appelé à rencontrer dans les dents cariées.

Galippe et Vignal ont réussi à obtenir en culture pure, par les méthodes de séparation habituellement employées, six espèces de microbes. Sur ces six espèces, cinq étaient des bacilles et une, un gros microcoque.

Miller avait trouvé cinq sortes de microbes, et il est à noter que ceux qu'il avait étudiés étaient différents de ceux décrits par les auteurs précédents. En tous cas, le microbe auquel il avait donné le nom de B est considéré par lui comme le véritable agent pathogène de la carie.

Nous ne sommes pas de l'avis du savant professeur de l'Université de Berlin et, pour nous, il n'y a pas, à proprement parler, de microbe spécifique de la carie.

Nous considérons cette dernière comme le produit d'associations microbiennes, aussi nombreuses que variées, en nous basant sur nos recherches personnelles qui nous ont permis dans un cas, entre autres, d'obtenir par les méthodes de culture 27 espèces absolument différentes, tant au point de vue des caractères biologiques et morphologiques qu'au point de vue des réactions chimiques que produisaient ces espèces.

Nous ne parlerons pas de ces espèces aujourd'hui, car cela nous entraînerait beaucoup trop loin et parce que ce travail fera l'objet d'une communication ultérieure.

Abordons maintenant le sujet qui nous occupe.

Voyons macroscopiquement et microscopiquement les altérations que peuvent supporter les tissus durs de la dent.

Email : Macroscopiquement, l'émail qui commence à présenter des altérations par suite de décalcification, offre sur une coupe, une teinte beaucoup plus opaque que les parties voisines qui restent saines.

Les prismes sont dissociés le long des parois de la cavité formée.

En examinant à un fort grossissement, on peut voir des amas de micro-organismes de toutes espèces, amas logés dans les *anfractuosités* occasionnées par la décalcification.

L'émail ne se colorant pas pour ainsi dire, même sur les coupes les plus fines, on se rend facilement compte de la présence des amas que nous venons de signaler en employant une couleur quelconque d'aniline qui tranchera fortement sur l'ensemble de la préparation.

Nous recommandons tout particulièrement, lorsqu'on voudra examiner des caries commençantes de l'émail, de faire des sections

longitudinales de la dent à étudier et, après avoir poli le mieux possible une des surfaces, d'appliquer celle-ci sur une lame épaisse et de l'y fixer au moyen du baume de Canada. Terminer ensuite la coupe par usure. C'est le procédé que Gysi a indiqué en 1888.

La coupe doit avoir été colorée avant d'être fixée sur la lame porte-objet et il est préférable d'employer des solutions colorantes alcooliques ou hydro-alcooliques. En outre, la préparation, au moment du scellement au baume de Canada, devra être absolument déshydratée, de façon à obtenir une adhérence parfaite. On pourra faciliter cette dernière, après avoir passé la dent par l'alcool à différents degrés, en versant dessus quelques gouttes du liquide dans lequel le baume de Canada est dissous, du xylol, du benzol, du chloroforme, etc.

Dentine. — L'examen macroscopique d'une section longitudinale de dent cariée dont la dentine est atteinte présente toujours une zone affectant la forme d'un cône renversé. On se rend très facilement compte de cette forme conoïde en employant la méthode de Gram. Ce cône se teint d'une façon plus intense à la partie la plus large et cette coloration va en diminuant insensiblement jusque dans le voisinage de la pulpe.

Avec l'examen microscopique l'on entre dans un champ d'observations aussi nombreuses que variées.

A un grossissement de 80 diamètres, l'on aperçoit, sur une section longitudinale, une cavité plus ou moins profonde formée par la carie elle-même.

Ajoutons qu'à ce grossissement les canalicules de la dentine sont très apparents.

Les bords de cette cavité présentent toujours une coloration beaucoup plus accentuée que partout ailleurs.

En certains endroits, le tissu est comme nécrosé, il n'y a plus de traces de canalicules, tandis qu'en d'autres endroits, ceux-ci sont tassés les uns contre les autres. Les parois de la cavité sont quelquefois tapissées de touffes de leptothrix, que l'on commence à distinguer à ce grossissement, mais seulement s'ils sont en amas *et bien colorés.*

A un grossissement de 250, l'aspect change complètement : une zone de décalcification très nette apparaît sur toute la périphérie de la cavité. Cette zone recouvre une dentine altérée dans laquelle on distingue cependant les canalicules dilatés, rompus en certains endroits par les micro-organismes. Ces canalicules, si l'on a employé la méthode de Gram, présentent une coloration violet foncé, si l'on a employé les violets de méthyle ou de gentiane, et la substance propre de la dentine est colorée en rouge ou rose pâle.

On commence à bien distinguer les ramifications ou anastomoses des canalicules, lesquels sont aussi distendus, comme éclatés par suite des micro-organismes qui s'y sont infiltrés et développés.

A 500 ou 600 on peut définir, par rapport à leurs caractères morphologiques, les espèces microbiennes (coccus, bacilles, filaments).

Les canalicules sont très nets, très apparents et laissent pour

ainsi dire suinter ces derniers. Les anastomoses elles-mêmes en sont remplies, et ces divers micro-organismes s'observent aussi en amas et dans la substance même de la dentine et surtout dans les espaces interglobulaires de Czermak, où ils sont en véritables paquets.

L'infection microbienne des canalicules de la dentine est infiniment variée.

Tantôt l'on aura affaire (ce qui est le plus fréquent) à des associations microbiennes comprenant toutes les espèces (microcoques, bacilles, spirilles), tantôt, au contraire, ce sera seulement une espèce qui prédominera.

Ces canalicules en certains endroits seront rompus sur une assez grande étendue et laisseront échapper une grande quantité de microbes.

D'autres fois, comme Miller l'a signalé et comme nous avons pu l'observer sur deux préparations, l'invasion microbienne sera divisée en 2, 3 ou 4 couches concentriques de microbes pénétrant dans les canalicules et séparées chacune l'une de l'autre par un espace relativement grand.

Cément. — Si l'on s'en rapporte aux expériences de Miller, lorsqu'il y a carie du cément, on trouve les micro-organismes dans les lacunes cémentaires et même dans les fibres de Sharpey, qui sont gonflées, dilatées. Le tissu environnant se trouve comme liquéfié. Comme on peut le voir par ce qui précède, l'examen au microscope d'une dent cariée n'est pas dépourvu d'intérêt.

Nous ne pouvons malheureusement pas nous appesantir outre mesure sur chacun des détails que nous venons de signaler. Nous préférons revenir plus tard sur ce sujet, en embrassant séparément et d'une manière plus approfondie les désordres qui surviennent dans les tissus durs de la dent au cours de l'évolution de la carie dentaire.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du mardi 9 *juin* 1896.

Présidence de M. MARTINIER, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

M. d'Argent, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. le Dr Frey, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et demandant l'ajournement de la communication : DE L'ÉLONGATION DES DENTS DÉPOURVUES D'ANTAGONISTES (DISCUSSION DE LA THÉORIE EXPOSÉE PAR M. LE Dr ROY AU CONGRÈS DE BORDEAUX) présentée par M. LE Dr FREY et due à M. THOMSON.

M. d'Argent ajoute qu'il s'agit d'une communication déjà portée quatre fois à l'ordre du jour.

M. Martinier. — Je prie la Société de me faire connaître la ligne de conduite à suivre au sujet de cet ajournement. La communication nous a été envoyée il y a quatre mois et a été remise plusieurs fois, sur la demande de M. Frey lui-même. Une fois elle pouvait venir en discussion, mais M. Roy, qui est mis en cause dans cette question, n'assistait pas à la séance, parce qu'il se trouvait en congé régulier ; elle a donc été ajournée de nouveau. Aujourd'hui M. Roy est ici ; convient-il de la renvoyer encore à une autre séance?

M. Stévenin. — On pourrait aviser M. Thomson de ce retard. Qui a envoyé à la Société la communication de M. Thomson?

M. d'Argent. — C'est M. Frey, en nous disant qu'il désirait être présent à la discussion, parce qu'il n'était pas d'accord avec M. Thomson sur les idées émises par ce dernier.

M. le Dr Sauvez. — Je demande l'ajournement à la prochaine séance, celle de juillet.

M. Martinier. — Il s'agit d'abord de savoir s'il y aura séance en juillet ; c'est une autre question.

M. le Dr Roy. — Il faut retirer la communication de l'ordre du jour et ne l'y remettre que sur la demande de M. Frey.

M. le Dr Sauvez appuie cette proposition.

La proposition de M. le Dr Roy est mise aux voix et adoptée.

M. Martinier. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter sur le dernier procès-verbal publié ?

Aucune observation n'est formulée; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Martinier. — M. Sauvez a parlé tout à l'heure de la séance de juillet. La Société est-elle d'avis de tenir séance le mois prochain? Il semblerait que non, par le petit nombre des membres présents ce soir. M. Gillard, un de mes prédécesseurs, était partisan de la suspension des séances de juillet à novembre.

M. le Dr Sauvez. — Nous pouvons nous en remettre au bureau du soin de trancher la question. S'il y a des communications en nombre suffisant, nous pourrions avoir séance en juillet.

La proposition de M. le Dr Sauvez est adoptée.

I. — De l'or de Trey ; son manuel opératoire et ses avantages, par MM. le Dr Sauvez et Toulouse.

M. le Dr Sauvez donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*, numéro de juin).

DISCUSSION

M. Toulouse. — Il ne faut pas abuser du roulement entre les doigts; il faut s'en servir pour les cavités des faces triturantes, voilà tout.

M. Martinier. — Après les démonstrations pratiques que M. Toulouse a bien voulu nous faire plusieurs fois, la communication de M. Sauvez vient à son heure ; tout le monde y trouvera des rensei-

gnements utiles, car elle est très complète et très détaillée et, à cet égard, elle mérite des remercîments particuliers.

II. — Présentation du moulage d'un maxillaire inférieur fracturé, par M. Martinier.

M. Martinier. — Il y a quelque temps, la prothèse immédiate a de nouveau occupé le Société de chirurgie. On a discuté sa valeur et la majorité semblerait acquise à ses adversaires.

La lecture de cette discussion m'a rappelé que j'avais le moulage d'un cas bien intéressant et dans lequel la prothèse immédiate aurait trouvé son indication absolue.

Il s'agit d'un malheureux sous-officier qui, aux exercices de tir, avait eu le maxillaire inférieur fracassé.

Il fut transporté à l'hôpital militaire où une série d'opérations, ayant pour but la résection de ce maxillaire, furent entreprises ; une suture fut faite au niveau des deuxièmes prémolaires qui restaient et l'arcade dentaire en fut très rétrécie. A la suite de ces opérations, la mastication n'était plus possible, la langue, refoulée sur le fond de la bouche, gênait la respiration, la phonation était difficile et l'aspect du malade était attristant, car il paraissait ne plus avoir de maxillaire inférieur.

Cet homme nous fut alors envoyé pour voir si ne nous ne pourrions pas remédier à cette situation fâcheuse.

Deux solutions se présentaient : 1° devait-on faire une galerie externe ? Si oui, nous allions trouver des difficultés d'application nombreuses pour des résultats douteux ; 2° devait-on procéder à une nouvelle opération ? Je m'étais décidé pour ce dernier parti ; mais le malade s'y refusa obstinément. Je vous présente ce cas comme étant très intéressant.

DISCUSSION

M. le Dr Sauvez. — Lorsque vous avez vu le malade, depuis combien de temps était-il opéré ?

M. Martinier. — Depuis six mois.

M. Toulouse. — M. Martin aurait certainement fait la résection.

M. Martinier. — Moi aussi ; mais le malade ne l'a pas voulu ; pourtant, c'était une opération sur un malade placé dans des conditions très favorables, sans diathèse pouvant amener une récidive ou des complications.

M. le Dr Pitsch. — Le jeu des maxillaires se faisait-il bien ?

M. Martinier. — Oui, mais l'articulation des dents n'existait pas, celles du maxillaire inférieur venant frapper la muqueuse palatine.

Quant à l'appareil à galerie externe, avant que Martin fît de la prothèse immédiate, Préterre avait eu souvent recours à des appareils de ce genre pour des blessés de la guerre de 1870.

En admettant que l'on eût pu faire un appareil semblable, il aurait eu une durée très restreinte, car les dents restantes au maxillaire inférieur auraient été attirées dans le sens de l'effort masticatoire.

M. le Dr Pitsch. — Les joues sont-elles flasques ?

M. Martinier. — Il existait des brides cicatricielles très fortes ; mais l'orifice buccal n'était pas trop rétréci puisque l'empreinte a pu être prise d'une seule pièce.

M. le Dr Pitsch. — Il serait désirable et intéressant de décider le malade à se faire opérer.

La séance est levée à 10 heures 20.

Le secrétaire général,
J. D'Argent.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Séance du 5 avril 1896.

Présidence de M. le Dr Queudot.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Amoëdo fait passer sous les yeux de ses collègues une seringue hypodermique stérilisable qui offre de réels avantages sur les autres instruments de ce genre ; c'est ainsi que l'aiguille, étant soudée au verre, ne peut quitter le corps de la seringue au moment de l'opération.

M. Ducournau rappelle à ses collègues que le Congrès international aura lieu à Nancy, dans le courant du mois d'août 1896. Les travaux originaux devront être annoncés jusqu'au mois de juillet prochain.

La séance est levée à 10 h. 1/2,

Séance du 2 juin 1896.

Présidence de M. le Dr Queudot.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Frison fait passer sous les yeux de ses collègues deux modèles en plâtre, dont l'un représente un maxillaire inférieur portant six incisives, chez une personne âgée de cinquante ans ; l'autre a trait à un cas de prognathisme développé chez un jeune homme de dix-huit ans. M. Frison espère pouvoir corriger cette difformité dans un temps relativement court eu égard à l'âge du malade ; il se propose du reste de revenir avec plus de détails sur cette question au fur et à mesure des progrès qu'il constatera dans la guérison.

M. le Dr Damain fait des projections lumineuses représentant une coupe de dent ; une coupe de follicule (2e dentition) ; une coupe d'ivoire ; une coupe d'ivoire végétal ; une coupe de racine d'incisive sectionnée obliquement et laissant voir l'orifice de l'apex ; une coupe de pédicule d'épulis avec le réseau vasculaire ; de nombreuses préparations des microbes de la bouche, soit à l'état sain, soit à l'état malade ; enfin une coupe de trois dents de souris per-

mettant de voir sur les racines une périostite en pleine évolution et une autre en voie de formation.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

(*Revue Odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

Séance du 24 février 1896.

Présidence de M. Pietkiewicz, vice-président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Cruet présente, de la part du Dr Saladin, un petit appareil qu'il a combiné pour la stérilisation des canaux dentaires par la chaleur.

Il se compose d'une aiguille assez longue et assez fine pour pénétrer jusqu'à l'extrémité du canal dentaire sans forage préalable dans la pratique courante.

La cupule qui s'adapte à l'extrémité de l'aiguille est simplement destinée à faciliter l'application de la source de chaleur qui peut être indifféremment la pointe d'un thermo-cautère ou d'un galvano-cautère.

La cupule étant en argent fin (ainsi que l'aiguille) peut supporter sans fondre la température du rouge sombre, ce qui suffit pour amener la pointe de l'aiguille à la température de 200 à 250 degrés centigrades en une demi-minute environ.

La température communiquée aux parois de la dent dans toute l'étendue du canal dentaire est donc suffisante pour les désinfecter sûrement.

L'opération n'est pas douloureuse; de plus, la masse de l'appareil étant très faible, il faut très peu de temps pour qu'il refroidisse, ce qui permet de faire cesser le chauffage par le simple éloignement de la source de chaleur, aussitôt que le patient accuse de la sensibilité.

M. Hugenschmidt fait une démonstration pratique sur l'application de l'or de Wath, excellent pour commencer les aurifications, qui sont terminées avec l'or de Trey (procédé Davenport).

L'or de Wath se moule mieux sur le fond de la cavité et s'effrite moins que l'or de Trey.

DISCUSSION

M. Gaillard conseille de toujours placer de l'or mou au fond de la cavité, et de finir l'aurification avec de l'or de Trey ; c'est la méthode mixte.

Autrefois on n'employait que de l'or mou, et l'on faisait les aurifications par plusieurs méthodes ; on ne faisait pas de points de rétention.

Quand l'or adhésif fit son apparition, on l'employa pour faire les aurifications sur les surfaces triturantes.

Quand on fait les aurifications tout en or adhésif, on obtient un

bloc tellement dur que l'on a les mêmes inconvénients qu'avec l'amalgame, tandis qu'avec l'or mou ces inconvénients disparaissent.

L'or en éponge donne des aurifications poreuses à l'intérieur, la surface seule est dure.

L'or de Trey est donc excellent pour finir les aurifications commencées avec l'or mou.

M. Gaillard a imaginé, pour les aurifications, une série de condensateurs, qui donnent des résultats bien supérieurs aux fouloirs et au marteau automatique. Pour les aurifications sur les surfaces triturantes, il utilise les masséters qui donnent une force de 40 à 50 kilog. sur un millimètre carré.

M. Cruet fait observer que cette méthode mixte est déjà très ancienne.

La séance est levée à 10 heures.

(*Revue de Stomatologie.*)



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

Session de Nancy, 1896.

Nous avons donné dans notre numéro d'avril la composition du bureau central et du bureau local du Congrès. Nous avons fait connaître également que les séances auraient lieu les 13, 14 et 15 août, dans les locaux de la Faculté de médecine, sous la présidence du recteur de l'Académie de Nancy, et qu'une exposition de fournisseurs y serait annexée.

Nous donnons aujourd'hui les titres des principales communications annoncées à l'heure actuelle.

I. Des faux abcès du sinus maxillaire.
II. Histologie normale et pathologique des dents avec projections.
III. Examen microscopique de dents greffées avec insuccès.
IV. Obturation des racines au moyen de tiges et de plaquettes d'or.
V. Des ciments.
VI. De la carie dentaire chez les animaux.
VII. Considérations sur les associations microbiennes de la carie dentaire.
VIII. De l'extraction de la dent de six ans.
IX. De l'arthrite alvéolo-dentaire ; son traitement.
X. De la résistance physiologique des dents à la carie.
XI. Des difficultés de l'extraction ; variations suivant les individus et suivant les âges.
XII. De la chirurgie dentaire dans l'armée.
XIII. Des différents modes d'aurification ; leur valeur.
XIV. Des obturations faites avec d'autres substances que le ci-

ment, l'amalgame et l'or (émail artificiel, caoutchouc, etc.).

XV. Des différents modes de traitement des accidents de la dent de sagesse.

XVI. De l'application de la prothèse aux différentes branches de la chirurgie.

XVII. Des résultats éloignés du traitement des abcès du sinus maxillaire.

XVIII. De l'emploi de l'électricité en art dentaire, ses avantages et ses inconvénients.

XIX. De l'emploi du gaïacol en chirurgie dentaire.

XX. Des indications des divers anesthésiques en art dentaire.

XXI. Projection de photographies par les rayons X au travers des corps opaques.

XXII. Exposé théorique de l'extraction des dents.

En dehors de ces communications, nous rappelons que les questions à l'ordre du jour pour 1896 sont les suivantes :

I. — Traitement des dents infectées : rapporteur M. Choquet.

II. — De la greffe dentaire en général; ses résultats éloignés : rapporteur : M. Loup.

Il est accordé une réduction de 50 0/0 aux congressistes sur le réseau de la compagnie de l'Est, et nous espérons obtenir la même faveur sur les autres réseaux. Le prix du voyage de Paris à Nancy est, avec cette réduction, de 20 francs en 1re classe, de 13 fr. 35 en 2e classe, et de 8 fr. 70 en 3e classe.

On peut voir sur les indicateurs de la Compagnie de l'Est qu'il existe une grande quantité de lignes très commodes reliant Nancy aux régions voisines (bords du Rhin, Luxembourg, Suisse).

Un petit guide, rédigé par le bureau local, contenant le plan de la ville de Nancy, avec les rues, places et monuments les plus remarquables, sera offert à chaque membre du Congrès.

Ce guide contiendra également la liste des principaux hôtels et restaurants avec les prix faits aux congressistes.

Le Président du bureau central,
Dr E. Sauvez.

Le Secrétaire général,
Choquet.

SYNDICAT DES DENTISTES DU NORD-OUEST DE LA FRANCE.

Séance du 25 mai 1895.

Présidence de M. Hélot,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

Ordre du jour :

1° Lecture du dernier procès-verbal.
2° Etat de la caisse.
3° Présentation de dix nouveaux adhérents.

4° Nouvelles observations sur le gaïacol Bazin, par M. Quéré, démonstrateur à l'école dentaire de Bordeaux.
5° Anomalie d'éruption d'une 2e grosse molaire inférieure, par M. Vignot, de St-Brieuc.
6° Présentations de modèles en cire coloriée par M. Pitoy, de Brest.
7° Un cas de stomatorrhagie, par M. Seuglet, de Brest.
8° Un client qui avale un clamps, par M. Hélot.
9° Une résection partielle du maxillaire inférieur, par M. Chanu, de Pontivy.
10° Discussion sur le droit de vote par correspondance.
11° Fixation définitive du siège social à Rennes.

LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE CHICAGO ET PAUL DUBOIS

Le *Dental Review* du mois de juin publie ce qui suit :

IN MEMORIAM
M. PAUL DUBOIS.

Résolution adoptée par la Société odondologique de Chicago à l'occasion de la mort de M. Paul Dubois, de Paris (France).

Attendu qu'il est parvenu à la connaissance de la Société que M. Paul Dubois, de Paris, France, a péri d'une façon prématurée par suite d'un accident survenu le 5 avril 1896 ;

Il est décidé ce qui suit : Les membres de la Société ont appris la mort de M. Dubois avec de vifs regrets et un sincère chagrin et désirent tous sans exception exprimer à la famille de M. Dubois et à ses confrères français leur profonde sympathie en raison de la mort inattendue d'un homme qui occupait une place en vue parmi ses concitoyens et ses confrères d'autres pays, et qui était un des esprits les plus hardis et les plus entreprenants qu'on pût trouver sur la surface du globe quand il s'agissait des progrès de sa profession. Nous admirions véritablement M. Dubois pour son travail et sa persévérance, pour sa loyauté envers ses amis et pour l'appui qu'il donnait à ce qui est juste, dans toutes les circonstances, sans jamais faiblir. Nous déplorons sa mort comme une perte pour ses compatriotes et ses confrères de tous les pays.

Nous tenons à reconnaître publiquement la tâche considérable qu'il a accomplie en France et nous regrettons d'être à tout jamais privés du plaisir de lui serrer la main quand nous serons à Paris.

Il est en outre décidé qu'une copie de cette résolution sera envoyée à sa famille, à *l'Odontologie*, au *Dental Review*, au *Dental Cosmos* et au *Journal of the British dental Association* pour être publiée.

La Commission : A. W. Harlan., L. L. Davis, J. W. Wassall.

Nous exprimons à la Société odontologique de Chicago nos remerciements les plus sincères pour ce tribut d'estime et d'admiration accordé à la mémoire de notre regretté directeur.

La Rédaction.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE GRASSE

Présidence de M. Nadau, président.

Audience du 1er mai 1896.

CHIRURGIENS-DENTISTES. — DOCTEUR ÉTRANGER. — USURPATION DU TITRE FRANÇAIS DE DOCTEUR.

I

Syndicat des dentistes du Sud-Est contre Parlaghy.

M. Parlaghy exerce sa profession à Grasse où il se livrerait à une publicité excessive.

A ce point de vue, comme il n'est pas dans les liens d'un syndicat français, il échappait au contrôle du conseil d'administration du syndicat des dentistes du Sud-Est. Donc, il aurait pu continuer sa petite réclame sans être autrement inquiété, si, dans son ardeur de soigner sa notoriété, il n'avait point transgressé les dispositions pénales de la loi françase. C'est toujours la même chose. La loi oblige les étrangers qui prennent le titre de « Docteur » à faire mention de l'origine étrangère de leur titre. Nous avons vu et nous voyons journellement encore avec quel art on cherche à éluder ce commandement de la loi. Les uns prennent, purement et simplement, le titre de docteur ; cette attitude a tout au moins le mérite de la netteté ; d'autres font une indication tellement entortillée que nous pouvons nous demander si elle donne satisfaction au vœu de la loi qui ne peut admettre que les situations claires et non équivoques. M. Parlaghy, qui n'est pas docteur français, faisait donc précéder son nom du titre de « Docteur », sans indiquer le nom de la Faculté étrangère qui lui a conféré son diplôme de docteur. En présence de cette violation de la loi, le Syndicat des dentistes du Sud-Est a porté une plainte qui a donné lieu au jugement suivant :

Le Tribunal :

Attendu qu'il résulte des débats que Parlaghy n'est point diplômé d'une faculté française et qu'en n'indiquant pas l'origine étrangère de son titre, il a contrevenu aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Que ce fait constitue la contravention prévue et punie par l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, 1382 du Code civil, 157 du décret du 18 juin 1811, 463 et 52 du Code pénal, dont M. le Président a donné lecture et qui sont ainsi conçus :

Art. 20. Loi du 30 novembre 1892. Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Article 1382 du Code civil. Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.

Article 157 du décret du 18 juin 1811. Ceux qui se seront portés parties civiles, qu'ils succombent ou non, seront personnellement tenus des frais d'instruction, expédition et signification des jugements, sauf leur recours contre les prévenus ou accusés qui seront condamnés et contre les personnes civilement responsables du délit.

Article 463 du Code pénal. Dans tous les cas où la peine de l'emprisonnement et celle de l'amende sont prononcées par le Code pénal, si les circonstances paraissent atténuantes, les tribunaux correctionnels sont autorisés, même en cas de récidive, à réduire ces deux peines comme suit :

Si la peine prononcée par la loi, soit à raison de la nature du délit, soit à raison de l'état de récidive du prévenu, est un emprisonnement dont le minimum ne soit pas inférieur à un an ou une amende dont le minimum ne soit pas inférieur à cinq cents francs, les tribunaux pourront réduire l'emprisonnement jusqu'à six jours et l'amende jusqu'à seize francs.

Dans tous les autres cas, ils pourront réduire l'emprisonnement même au-dessous de six jours et l'amende même au-dessous de seize francs. Ils pourront aussi prononcer séparément l'une ou l'autre de ces peines et même substituer l'amende à l'emprisonnement, sans qu'en aucun cas elle puisse être au-dessous des peines de simple police.

Article 52. L'exécution des condamnations à l'amende, aux restitutions, aux dommages-intérêts et aux frais pourra être poursuivie par la voie de la contrainte par corps.

Condamne Parlaghy à seize francs d'amende et à vingt francs de dommages-intérêts ;

Et, vu l'article 157 du décret du 18 juin 1811,

Dit que la partie civile sera personnellement tenue des frais taxés, sauf son recours contre le condamné, avec contrainte par corps dont la durée est fixée au minimum déterminé par la loi.

La condamnation ne pouvait être douteuse, puisqu'il était établi en fait que Parlaghy avait pris le titre de docteur sans indiquer le nom de la Faculté étrangère où il l'avait obtenu. Le tribunal de Grasse est d'accord avec la jurisprudence constante du tribunal de la Seine, affirmée par un certain nombre de décisions.

Em. ROGER.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

OUVERTURE ET STÉRILISATION DES CANAUX RADICULAIRES PAR DES MOYENS CHIMIQUES.

Par M. A. C. HULL, de Worcester.

Après avoir mis la digue, j'ouvre la chambre pulpaire avec des fraises, etc. Je prends alors un très petit tampon de coton avec les pinces, je le sature d'acide sulfurique et je l'introduis dans la cavité. L'attraction capillaire et l'humidité, pour laquelle l'acide a de l'affinité, l'entraînent dans les canaux ; je l'aide d'ailleurs à y entrer

en me servant d'une sonde de Donaldson très fine. Je laisse l'acide en place une minute environ, puis je le neutralise en appliquant une forte solution de bicarbonate de soude ; cela produit une violente réaction : l'acide carbonique se dégage et le sulfate de soude se précipite. Par suite de ce dégagement de gaz les canaux sont débarrassés de tous débris et des sels de chaux qui peuvent y être déposés.

Cette réaction terminée, je lave avec du peroxyde d'hydrogène à 3 0/0 pour enlever les cristaux de sulfate de soude, puis je procède comme précédemment en faisant une autre application d'acide et je neutralise avec de la soude jusqu'à ce que j'aie ouvert deux tiers de la distance qui sépare de l'apex ou un peu plus. Je substitue alors l'acide hydrochlorique à l'acide sulfurique et la soude chlorée comme agent neutralisant au bicarbonate de soude. La raison de ce changement est que nous sommes près d'un point où nous devons prendre en considération non seulement la structure de la dent, mais les tissus au-delà de l'apex ; c'est pour cela que je me sers de l'acide hydrochlorique qui, outre son effet escharotique, a des propriétés désinfectantes et qui, par suite, comme tonique et astringent, a une grande valeur dans le traitement des tissus au-delà de l'apex en cas d'induration et de douleur. En employant de la soude chlorée, on obtient un agent réactif et neutralisant passablement bon, un antiseptique, un désodorisant, un stimulant et un tonique pour les tissus au-delà de l'apex, ainsi qu'un très bon agent de blanchiment pour la structure des dents. Ces propriétés de blanchiment sont augmentées par l'action de l'acide, qui met le chlore en liberté.

J'emploie l'acide sulfurique tout d'abord parce qu'il dissout plus rapidement les sels de chaux, et le bicarbonate de soude comme agent neutralisant parce qu'il produit une réaction plus violente et qu'une plus grande quantité d'acide carbonique est dégagée, ce qui enlève tous les débris des canaux ; mais quand il a fait cet office, il a rempli tout son rôle. En me servant de soude chlorée, je tire partie de ses propriétés utiles et j'ai un agent réactif et neutralisant qui agit dans la dernière phase de l'opération.

S'il y a des tissus indurés ou enflammés autour de la dent, je n'hésite pas à faire passer la pointe de la broche par les foramens des racines buccales, car elle emporte avec elle très peu d'acide. Cela n'augmente pas l'irritation, mais, au contraire, la diminue souvent en cautérisant les tissus et en détruisant les germes d'inflammation.

La seule broche dont je me sois servi avec succès dans ces opérations est une broche très fine de Donaldson, avec le crochet ou l'angle taillé en pointe, formant ainsi une broche extrêmement fine, droite et sans barbe. Ces broches, qui ont des manches en caoutchouc durci, se trouvent chez tous les fournisseurs.

Pour obturer ces canaux j'emploie de la chloro-percha très mince, je la laisse pénétrer dans les canaux, puis je prends une pointe de gutta-percha sur le fouloir du canal radiculaire et je l'introduis

dans ce canal, en m'en servant comme d'un piston pour amener l'obturation à l'apex.

Quant au soin qu'il faut avoir des instruments employés pour l'opération, j'ai sur ma tablette une forte solution de bicarbonate de soude dans laquelle je plonge mes instruments de temps en temps pour neutraliser l'acide.

Cette méthode est utile pour traiter une pulpe qu'on a essayé de dévitaliser quand on n'a réussi à en enlever qu'une petite portion voisine de l'apex et dans d'autres cas analogues, car alors il y a une sensibilité extrême, défiant tout traitement et toute médication. Ces cas causent de grandes souffrances au patient et des ennuis au dentiste, mais ils cèdent promptement à cette méthode en donnant peu de douleurs au patient ou même point du tout.

(*Journal of the British dental Association.*)

NOUVEAU GAZOMÈTRE A CLOCHE CENTRALE ET A CONTREPOIDS POUR L'INHALATION DU PROTOXYDE D'AZOTE PUR.

Par M. le Dr Telschow, de Berlin.

Dans mon nouveau gazomètre le poids de la cloche est égalisé au moyen du contrepoids suspendu au milieu du support, contrepoids se mouvant sur une tige directrice. Tout frottement inutile est ainsi supprimé et le gaz arrive au patient sans effort pour l'inhaler. L'air expiré est renvoyé dans l'atmosphère par la soupape d'expiration qui se trouve dans l'embouchure.

Les avantages de ce gazomètre sur les appareils américains en usage pourvus d'une fermeture à eau consistent dans la facilité de l'inhalation, qui se fait sans bruit. La fermeture à eau, disposition qui sert aussi à faire contrepoids à la cloche, présente cet inconvénient que le gaz à inhaler doit être aspiré et que, par suite, l'air atmosphérique pénètre aisément dans l'embouchure, ce qui, à cause de l'oxygène qu'il contient, nuit à l'action du protoxyde. De plus, quand l'inhalation est difficile, elle inquiète le patient et le bruit désagréable résultant de l'aspiration avec la fermeture à eau le trouble également, ce qui a aisément pour conséquence une anesthésie agitée. La disposition employée généralement pour mélanger l'oxygène n'a pas été adoptée dans mon nouveau gazomètre pour des motifs péremptoires. Car si, comme on l'a prouvé, le protoxyde d'azote pur, lorsqu'on en fait un usage judicieux, est un anesthésique tout à fait inoffensif, à quoi peut bien servir l'oxygène qui, comme on sait, ne produit que des effets fâcheux (excitation, etc.) et exige, pour obtenir une narcose imparfaite, une quantité démesurément grande de protoxyde ? Comment établir, en outre, l'innocuité de ce gaz, si l'on doit l'obtenir par un mélange d'oxygène ? Elle doit reposer sur une hypothèse, car, en recourant au faible

mélange recommandé de 2 à 3 0/0, on constate toujours des phénomènes cyanotiques, qu'on impute au protoxyde pur [1].

La circulaire que j'ai adressée aux dentistes, est imprimée depuis assez longtemps, mais j'ai différé son envoi, parce que je voulais connaître d'abord le résultat des expériences du professeur Holländer sur le pental qu'il recommande si chaleureusement. Dans le court espace d'un an et demi, le danger que présente le pental a été établi. Dans la *Zahnärztliche Rundschau* du 16 avril 1893, le Dr C. Sick rapporte deux cas de mort successifs dus à la narcose du pental, survenus dans le nouvel hôpital général de Hambourg ; il termine ainsi : « Nous jugeons donc de notre devoir de signaler ces cas de mort et de déconseiller l'usage du pental en tant que narcotique. »

Au mois d'août suivant, le même journal mentionnait un cas de mort survenu dans la clinique du Dr Holländer, à Halle, et qui doit être attribué uniquement aux funestes effets du pental.

Il y a deux mois, nouveau cas de mort par le pental dans l'atelier d'un mécanicien-dentiste à Hildesheim. Un médecin assistait à l'anesthésie (Voir *Zahnärztliche Rundschau*, n° 112).

Tous ces décès sont survenus au milieu de symptômes de paralysie du cœur, preuve que le pental doit être rangé, comme le bromure d'éthyle, au nombre des poisons du cœur. A l'égard de ce dernier agent, le Dr Ernst Hankel, médecin de district, s'exprime ainsi dans son *Manuel de l'anesthésie par l'inhalation* : « On a donc incontestablement constaté 10 cas de mort, dont 3 presque successivement à Berlin, et on ne peut pas soutenir dès lors que le bromure d'éthyle soit un anesthésique complètement inoffensif. »

Enfin le professeur A. Köhler signale aussi une mort pendant la narcose au bromure d'éthyle, due également à la paralysie du cœur, et appelle l'attention sur le danger que présente cet anesthésique, souvent considéré comme si inoffensif. Il est surprenant que la mort résultant de l'emploi de cet agent soit survenue non pas pendant l'administration du narcotique, mais bien plusieurs heures après et même une fois le lendemain.

La statistique du Dr Hankel sur le protoxyde d'azote est toute différente.

Pour les 14 cas de mort survenus en 40 ans, dans 6 desquels ce gaz n'a pu être considéré lui-même comme la cause du décès, on compte 4 à 5 millions d'anesthésies. En Allemagne, où le protoxyde d'azote a été employé en 30 ans des millions de fois, il ne s'est produit qu'un cas de mort, chez un chirurgien éminent de Munich. Il convient de remarquer à ce propos que le patient avait été anesthésié 52 fois avec le chloroforme, ce qui avait certainement affaibli son corps considérablement. Maintenant la faute en était-elle au gaz lui-même ou à la défectuosité de l'appareil d'inhalation ? Cela n'a pas été établi. Les autres cas de mort sont survenus en Angleterre et en France, où le protoxyde est souvent administré, mêlé à l'éther ou au chloroforme. Il résulte de tout cela que le protoxyde

1. Voir ma brochure : *Encore un mot sur les narcoses au protoxyde d'azote.*

d'azote est toujours l'anesthésique le meilleur et le moins dangereux pour la chirurgie dentaire.

Enfin j'ajouterai que j'ai remis mon nouveau gazomètre à la clinique dentaire du Dr Brandt, de Berlin, pour qu'il soit essayé. Je m'estimerai heureux si je réussis à réhabiliter par son moyen le protoxyde d'azote, qui est tombé en discrédit, et à lui faire obtenir la première place, qui lui est due parmi les anesthésiques utiles en chirurgie dentaire.

DES AVANTAGES DES APPAREILS EN ALUMINIUM EN PROTHÈSE DENTAIRE.

Par M. le Dr Telschow, de Berlin.

Au Congrès dentaire de Chicago le Dr R. Finley-Hunt, de Washington, a parlé de cet état pathologique de la muqueuse buccale connu sous le nom de *maladie de caoutchouc*. Il a dit que :

« Cette maladie résulte du port de plaques de caoutchouc et notamment de la pression persistante directe de la plaque sur la muqueuse buccale. Les symptômes de cette maladie consistent dans le manque de vitalité des parties couvertes par la plaque, dans une pâleur particulière de celles-ci, dans de l'irritation, de l'enflure, de l'inflammation et la formation de granulations ayant l'aspect d'une masse rouge spongieuse. Dans certains cas la moitié de l'arcade dentaire est pleine de masses de granulations semblables, présentant un saignement aux endroits malades ; dans les cas très graves il y a de la suppuration qui se distingue par l'écoulement d'une sécrétion sanguino-purulente ; l'inflammation s'étend aussi parfois jusque dans le larynx, d'où résultent la toux et le catarrhe bronchitique. Ces états peuvent, s'ils amènent une nécrose ou une destruction des parties molles, porter gravement atteinte non seulement à la santé générale, mais encore entraîner la mort. »

Le Dr Finley-Hunt recommande finalement d'employer des plaques de métal ou de recouvrir d'une feuille de métal le côté palatin de la plaque de caoutchouc, revêtement toutefois qui n'est pas durable, car il s'en va facilement quand on nettoie la pièce.

Quoique cette description soit quelque peu empreinte d'exagération, elle contient pourtant beaucoup de vrai. Il a maintes fois été question dans nos publications de l'influence nocive des plaques de caoutchouc. Mais cela n'a servi à rien, parce qu'on n'avait pas de remplaçant meilleur pour satisfaire d'une manière générale, car, seuls, les gens riches peuvent recourir aux pièces chères en or ou en platine, tandis que les pièces en aluminium peuvent se confectionner, d'après ma méthode, presque aux mêmes prix que celles de caoutchouc.

Depuis l'invention des dentiers à succion ou à pression d'air, qui, au début, étaient faits en or ou en platine, on s'est toujours efforcé de trouver un remplaçant pour ces métaux précieux. Avec l'introduction du caoutchouc dans la prothèse dentaire, on a cru répon-

dre à un besoin impérieux, mais on a bientôt constaté des défauts qui ont fait désirer de chercher autre chose, car l'épaisseur qu'il est nécessaire de donner aux plaques de caoutchouc pour qu'elles durent, non seulement gêne la langue, mais irrite aussi la muqueuse du palais, car elles sont mauvaises conductrices de la chaleur. De plus, le cinabre (mercure sulfuré), employé comme colorant, irrite fréquemment cette muqueuse. On a constaté alors que les plaques de métal, plus minces et en même temps plus durables, possèdent de meilleures qualités et on a conséquemment cherché à découvrir un métal à meilleur marché. Après beaucoup d'essais avec divers revêtements de métaux non précieux, qui échouèrent tous à cause de la mollesse et de la tendance marquée de ceux-ci à l'oxydation, on se livra aussi à des recherches avec l'aluminium qui, quoique le métal ne produisît aucune décomposition nuisible dans la bouche, ne donnèrent, à cause de la mollesse de l'aluminium, aucun résultat satisfaisant. La raison de cette décomposition était double: 1° l'impureté du métal lui-même; 2° son emploi à l'état de fusion et de soudure. Dans ces derniers temps, l'aluminium ayant été obtenu chimiquement pur à l'aide de l'électricité, on a fait de nouveaux essais avec ce métal éminemment propre à la prothèse à cause de sa grande légèreté (il est moitié moins lourd que le caoutchouc) et j'ai réussi, pour ma part, au moyen de la presse hydraulique que j'ai imaginée, à obtenir les résultats les plus favorables. Comme l'aluminium est un métal très mou, il s'agissait de lui donner une dureté semblable à celle de l'or, ce qui ne peut s'obtenir que par une pression considérable. Les plaques palatines sont pressées sous une pression de plus de 1.200 quintaux sur le modèle pris directement dans la bouche, ce qui leur donne une grande force de résistance. Comme l'aluminium s'obtient actuellement complètement pur, il ne se produit plus de décomposition dans la bouche, de sorte que l'aluminium est maintenant l'idéal du dentiste, parce qu'il réunit toutes les bonnes qualités des pièces en or et en platine si chères et possède, en outre, sur celles-ci l'avantage de la légèreté.

Le procédé que je viens de signaler pour rendre l'aluminium utilisable en prothèse est nouveau. En raison des avantages offerts par ma presse hydraulique pour confectionner facilement les dentiers en aluminium, ceux-ci s'obtiennent presque au même prix que les dentiers en caoutchouc.

Une expérience de plusieurs années m'a prouvé l'utilité et les qualités des pièces d'aluminium confectionnées d'après cette méthode, de telle sorte que je puis maintenant les recommander à mes patients en les garantissant.

Pour donner à la pièce un aspect naturel, la face linguale est recouverte de caoutchouc couleur de la gencive et, pour que la succion s'opère mieux, pourvue d'une succion élastique.

LIVRES ET REVUES.

Extraction of the teeth by J. F. Colyer, London, *Claudius Ash and Sons*, 5, 6, 7, 8, 9 *Broad Street, Golden Square,* 1896, 102 *p.*, 49 *fig.*, 4 *fr.* 35.

Dans ce traité, illustré par de nombreuses figures, M. Colyer, qui est professeur de chirurgie dentaire au *Charing Cross Hospital* et chirurgien-dentiste adjoint au *Dental Hospital* de Londres, passe en revue toutes les règles qui président à l'extraction. Après avoir formulé les principes généraux qui la régissent, il traite de l'avulsion des dents isolément, puis de celles qui présentent des anomalies de siège ; il aborde ensuite l'emploi des anesthésiques pour l'extraction et termine par l'examen des difficultés, des complications et des conséquences de l'extraction. Ces diverses questions, groupées méthodiquement, font l'objet de 5 chapitres.

Photomicrographie histologique et bactériologique, *par J. Choquet*, 200 *pages comprenant* 100 *gravures et* 8 *planches en phototypie*, *Charles Mendel, Editeur*, 118, *rue d'Assas, Paris. Prix* : 6 *francs.*

On se souvient du succès qu'obtint, au Congrès de Bordeaux, notre collaborateur M. Choquet, avec sa communication sur : *L'utilité de la photomicrographie dans les recherches d'histologie et de bactériologie.*

Notre confrère fait paraître maintenant un volume contenant un exposé complet de *Photomicrographie histologique et bactériologique.*

Nous venons de parcourir ce volume très clair et très bien compris, qui rendra les plus grands services à ceux qui voudront se livrer à ce genre de recherches ; ils y trouveront tous les renseignements de nature à leur éviter les ennuis du début dans un travail des plus délicats, et les planches qui accompagnent ce livre montrent à quel degré de perfection est arrivé notre confrère dans un art où il excelle.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée de l'intérêt de ce volume, que de reproduire le titre des différents chapitres :

I. *Utilité de la photomicrographie dans les recherches histologiques et bactériologiques.*
II. *Des instruments nécessaires, microscopes. Chambres noires.*
III. *Des objectifs et des oculaires. Condensateurs.*
IV. *De l'éclairage.*
V. *De la mise au point.*
VI. *La photographie des objets colorés.*
VII. *Du temps de pose.*
VIII. *Des différents réactifs colorants employés en histologie et en bactériologie.*
IX. *Du développement.*

X. *Du tirage sur papier.*
XI. *Des projections.*
XII. *Recettes directes.*

Nous souhaitons le meilleur succès à ce livre, œuvre d'un homme connaissant à fond le sujet qu'il traite.

M. R.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE.

I. Des résultats éloignés du plombage des os et de la prothèse immédiate des membres. — II. Observations sur l'existence et les fonctions d'un organe buccal de la vie intra-utérine des poulains. — III. Contribution à l'histoire des accidents du traitement des déviations dentaires. Inconvénient des anneaux de caoutchouc en particulier.

I. — DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU PLOMBAGE DES OS ET DE LA PROTHÈSE IMMÉDIATE DES MEMBRES.

On se souvient des intéressantes présentations de notre collaborateur M. Michaëls, il y a deux ans, à la Société d'Odontologie[1]. Il nous présenta entre autres un malade auquel M. Péan avait enlevé la partie supérieure de l'humérus, qui avait été remplacée par un humérus artificiel en caoutchouc vulcanisé très ingénieusement combiné et construit par M. Michaëls.

On connaît aujourd'hui les résultats éloignés de l'opération. Le malade a été de nouveau présenté à l'Académie de médecine par M. Péan ainsi que des photographies des bras obtenues par le procédé Röntgen.

Nous reproduisons cette communication, ainsi que les deux présentations qui la précèdent, qui concernent des tentatives de plombage des os pratiquées par M. Péan avec l'aide de M. Michaëls, pensant que cela est de nature à intéresser nos lecteurs.

OSTÉITE RARÉFIANTE DES 4e ET 5e MÉTATARSIENS, DU CUBOÏDE ET DU 3e CUNÉIFORME

Un de ces malades, âgé d'une trentaine d'années, avait eu, à la suite d'une blessure par un clou de rue qui s'était implanté dans la plante du pied, pendant la marche, au niveau des extrémités supérieures des 4e et 5e métatarsiens, une suppuration aiguë, intarissable, qui avait détruit les deux tiers inférieurs de ces os, ainsi que le cuboïde et le 3e cunéiforme, et obligé le malade à garder le lit.

Après avoir mis à nu chacun de ces os, après les avoir évidés largement et enlevé tous les bourgeons charnus qui suppuraient autour d'eux, dans les parties molles du dos et de la plante du pied, nous avons comblé la perte de substance faite au squelette osseux par un mastic de notre composition et nous avons obtenu une guérison rapide.

L'examen microscopique a démontré que l'ostéite était purement destructive, sans élément de tuberculose.

---

1. *Odontologie et Revue Internationale d'Odontolongie*, 1894, p. 255.

Le procédé de Röntgen permet aujourd'hui de constater que les os, dont les cavités avaient été comblées par le mastic, sont peu déformés et que leurs articulations sont conservées.

OSTÉOMYÉLITE SUBAIGUE DU TIBIA.

Le malade que je vous présente était affecté d'une ostéomyélite subaiguë, douloureuse, occupant toute la hauteur du tibia, qui lui rendait l'existence impossible depuis plusieurs mois. Bien qu'il n'y eût pas d'abcès de voisinage, nous cédâmes à la volonté formelle au malade et nous fîmes l'exploration de la cavité médullaire du tibia.

Au moyen de la scie de notre polytritome mue par l'électricité, nous circonscrivîmes la table interne du tibia, sur toute la hauteur de la face interne de cet os, et nous l'enlevâmes. Il nous fut alors aisé de reconnaître que toute la cavité médullaire était remplie de fongosités vasculaires, saignantes.

Après avoir réséqué toutes ces fongosités suspectes avec la gouge et la pince emporte-pièce, nous comblâmes la vaste caverne qui en résultait avec des lames d'os décalcifié, préparées par M. Michaëls, et nous remîmes en place, à la manière d'un couvercle, toute la table interne de l'os, après en avoir excisé au préalable toutes les parties malades.

La plaie faite aux parties molles fut fermée par suture. La réunion eut lieu par première intention.

A partir de cette époque, le malade n'eut plus aucune souffrance. Trois semaines après, il retournait chez lui et vous pouvez constater aujourd'hui que la guérison est parfaite.

Grâce à la photographie par les rayons de Röntgen, vous voyez également que le tibia est parfaitement reconstitué et que toutes les lignes sont aussi nettes que s'il n'avait jamais été altéré.

RESTAURATION DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS PAR PROTHÈSE.

Nous vous présentons à nouveau un malade que nous avons opéré il y a trois ans et demi et qui a fait l'objet d'une communication spéciale, il y a deux ans et demi, à l'Académie. Lorsque je vous le présentai pour la première fois, cet homme portait, à la place de l'humérus, dont nous avions enlevé la partie supérieure, un humérus artificiel, en caoutchouc durci, construit par M. Michaëls et que nous avons articulé avec l'omoplate. Le membre remplissait toutes ses fonctions.

Un an et demi après, une fistule s'étant produite à l'union de l'extrémité intérieure de l'os artificiel et de la portion supérieure du bout de l'humérus conservé, nous fîmes l'extraction totale de l'appareil prothétique au moyen d'une longue incision.

Nous eûmes la satisfaction de voir cette nouvelle plaie se réunir par première intention.

Depuis cette époque, le malade, chez lequel l'examen histologique de l'humérus réséqué avait montré qu'il s'agissait de tuberculose, jouit d'une excellente santé, bien qu'il exerce la profession insalubre de marchand de vins. Son bras a conservé sa longueur normale et l'articulation de l'épaule tous ses mouvements ; il a si bien recouvré ses forces qu'il sert au malade à soulever des poids considérables, de cinquante kilos, par exemple, sans fatigue.

Il était intéressant de vérifier par le procédé de Röntgen l'état du squelette osseux qui s'était formé, grâce au périoste que nous avions eu soin de conserver, autour de l'humérus artificiel.

L'épreuve que nous avons obtenue embrasse l'ensemble des points intéressants. Elle montre que l'os nouveau, bien qu'il soit résistant, est

moins régulier que l'os ancien. Elle montre également que la fusion est complète au point de jonction avec l'os ancien et que la partie supérieure de l'os nouveau, quoique n'étant pas aussi arrondie qu'une tête d'humérus normal, est logée au contact de la cavité glénoïde et de la face inférieure de l'acromion et conformée de manière à permettre tous les mouvements.

II. — Observations sur l'existence et les fonctions d'un organe buccal de la vie intra-utérine des poulains.

Par M. P. Hartenstein.

J'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société centrale de Médecine vétérinaire sur un organe de la vie intra-utérine du poulain, dont la description n'a jamais été faite.

Il s'agit ici d'un organe qui existe constamment dans la cavité buccale du poulain pendant les derniers temps de la vie fœtale ; c'est par une série d'observations, de circonstances heureuses, que je suis arrivé à vous en faire une description sincère, dégagée de toute espèce de doute.

Premier fait.

En décembre 1874 (j'étais alors à mes débuts dans la carrière vétérinaire), je fus appelé à accoucher une jument. Le poulain présentait la tête sous les membres antérieurs ; l'opération était simple : je dépliai les membres après avoir repoussé la tête, et le poulain arriva en position normale, bien vivant. Au moment où la jument expulsait son produit, ce dernier me souffla véritablement à la face un organe dont je n'avais jamais vu la description nulle part ; mes souvenirs classiques ne me rappelaient rien qui eût trait à cet organe.

L'éleveur, au contraire, l'avait rencontré plusieurs fois : « C'est la rate, me dit-il, le poulain la jette en naissant ou bien il la déglutit. »

A plusieurs reprises, le même fait se représenta dans le cas spécial de *dystocie* que je viens de décrire, c'est-à-dire la tête engagée dans le bassin sous les membres antérieurs.

Plus souvent encore, je trouvai cette rate buccale au milieu des enveloppes placentaires.

Le fait qui de prime abord m'avait semblé anormal, accidentel, devenait constant. Ce n'était plus un phénomène exceptionnel de parturition, mais bien un organe de la vie intra-utérine dont la fonction était intimement liée à l'existence du fœtus.

Un jour, j'adressai quelques mots à ce sujet à M. Nocard qui me répondit : « Je ne sais pas à quel organe vous faites allusion ; je ne connais rien de pareil en fait d'anatomie. Si le cas se représente, envoyez-moi un échantillon de l'objet en question et je l'étudierai. »

J'expédiai en effet à M. Nocard plusieurs rates buccales recueillies dans les conditions indiquées ; mais évidemment M. Nocard n'avait pas la foi et il ne donna pas suite à l'idée que j'avais émise.

J'ai pour principe de ne jamais abandonner une idée lorsqu'elle me semble vraie. Convaincu par l'expérience du passé des difficultés qui surgissent lorsqu'il est question de faire passer au sénat vétérinaire un dogme nouveau, je recueillis patiemment toute une série d'observations nouvelles.

Voici ma proposition : I. A un moment donné de la vie intra-utérine du poulain et peut-être de tous les solipèdes en général, le fœtus est muni d'un organe, véritable biberon naturel, qui lui sert à tamiser en

quelque sorte les sérosités de l'allantoïde, qu'il déglutit ensuite, vivant non seulement par la circulation ombilicale, mais encore par les liquides qu'il absorbe.

II. Cet organe existe *constamment*. Le poulain l'abandonne, soit qu'au moment de sa naissance il l'ait encore entre les mâchoires dans le cas de part précipité, soit qu'il l'ait abandonné quelques instants auparavant. Et alors on le retrouve toujours dans les enveloppes fœtales.

III. Quelquefois même le poulain déglutit l'organe après l'avoir broyé entre ses dents.

IV. Il n'existe jamais *qu'un seul organe* de cette nature et il y en a deux en cas de gestation double.

Description de l'organe.

Ainsi que vous pouvez vous en convaincre par l'échantillon que je vous adresse, la rate en question a la forme d'un rein avec des dimensions variant de 8 à 10 centimètres dans le sens du grand diamètre et de 4 à 6 centimètres dans l'autre sens. Le tissu est spongieux, d'une épaisseur de 2 centimètres dans son milieu.

Il se compose d'une étoffe très fine de tissu transparent et d'un tissu presque rouge brun, très peu résistant.

Une coupe transversale décèle une cavité assez mal délimitée et souvent des cristaux transparents (urates de potasse ou de soude) intimement adhérents au tissu.

Cet organe se décompose vite à l'air et sa fonction cesse avec la vie intra-utérine.

Quelle est cette fonction ?

Un fait m'a frappé maintes fois, lorsque je faisais l'autopsie des poulains mort-nés : c'est l'existence dans tout le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum, d'une série d'éléments qui prouvent que le poulain ne vit pas seulement par la circulation ombilicale, mais qu'il déglutit des liquides allantoïdiens passant par extravasation à travers l'organe en question.

A mon avis, la rate buccale est une sorte de biberon dont la fonction doit consister à modifier le liquide allantoïdien, à le tamiser en quelque sorte pour n'en laisser passer que les principes nutritifs.

A l'autopsie d'une jument qui vient de succomber accidentellement au terme normal de sa gestation, vous remarquerez toujours :

1° Dans les enveloppes fœtales, l'organe en question, qui ne fait jamais défaut à ce moment-là, qu'il soit dans la cavité buccale du poulain, ou que celui-ci, au moment de sa mort, l'ait laissé choir au milieu des sérosités ;

2° L'estomac du poulain gonflé d'un liquide glaireux jaune citrin, dans lequel flottent des éléments albumineux en lamelles irrégulières ;

3° L'intestin grêle, le côlon, le rectum garnis d'une série d'éléments dont l'aspect est variable suivant la portion intestinale qu'ils occupent.

Dans le côlon et le rectum, les excréments se forment déjà ; souvent même le poulain, pendant les derniers moments de sa vie intra-utérine, a déjà déposé ses excréments dans les enveloppes fœtales ; on les y retrouve sous forme de petites boulettes jaunes, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette.

La fonction de ce biberon intra-utérin semble donc déterminée d'après mes observations de vingt ans. On pourra les contrôler et j'aurai raison *avec le temps*.

La question une fois à l'ordre du jour, il n'est pas un praticien exer-

çant dans les pays d'élevage qui ne puisse contrôler mes dires. Ce n'est cependant qu'après mes observations très lentes, après des années de patience et de recherches que j'ai pu déterminer les faits ci-dessus.

Souvent, le poulain vivant a croqué et dégluti sa rate.

D'autres fois, lorsque la parturition est laborieuse, il l'a projetée au milieu des liquides ou des enveloppes.

Ce n'est que lorsque le part est normal, rapide, que la rate est dans la bouche et que le jeune sujet vous la souffle dans le vide.

Mais ce que j'affirme absolument, c'est que cet organe existe toujours dans les derniers mois de la vie intra-utérine, qu'il n'est pas un phénomène purement accidentel.

Comment et à quelle époque cet organe se forme-t-il?

Je l'ignore absolument. A-t-il une analogie avec les *hippomanes* de Bourgelat, de Lecoq, de Goubaux? C'est possible.

Mais ces auteurs, en faisant la description d'organes pédiculés adhérents ou libres, ne semblent nullement leur attribuer un rôle physiologique pendant la vie intra-utérine. Ont-ils surpris cet organe au moment où le poulain le créait par succion dans la paroi de son enveloppe membraneuse, ou bien ont-ils décrit d'autres phénomènes? C'est une question à étudier.

En praticien observateur, je vous livre le résultat de mes recherches et vous adresse une rate intra-utérine cueillie hier encore dans la bouche d'un poulain, au cours d'une opération.

A d'autres de préciser les fonctions physiologiques qui incombent à cet organe pendant la vie intra-utérine, car l'organe existe et il a une fonction déterminée. Cela je l'affirme.

Discussion.

M. Moussu. — Le fait signalé par M. Hartenstein est absolument exact en tant que fait, mais ce qui l'est moins assurément, c'est l'interprétation qu'il en donne.

Et d'abord, il ne s'agit nullement d'une « rate buccale » et encore moins d'un organe à fonctionnement glandulaire. Puisque cet organe serait libre de toute attache, cela suffit pour lui interdire un rôle physiologique important.

Ce ne sont certainement pas les classiques qui me l'ont fait connaître, mais il me semblait que sa présence était si naturelle que jusqu'à ce jour je n'y attachais que l'importance qu'il mérite. Je dois dire cependant que depuis que je professe l'obstétrique à Alfort, c'est-à-dire depuis trois ans, je signale à mes élèves le pseudo-organe en question de la façon suivante dans les premiers soins à donner au nouveau-né, aussitôt la parturition effectuée: — « Il arrive parfois que le nouveau-né se présente en état de mort apparente et que le rythme respiratoire qui commence avec la vie extra-utérine ne s'établit pas. L'intervention de nécessité immédiate est la pratique de la respiration artificielle par les moyens connus: pression thoracique, insufflation d'air dans le larynx, traction de langue, etc.

« Cependant, il faut bien savoir que tous ces moyens resteraient sans résultat dans quelques cas, si au préalable on ne faisait avec les doigts l'exploration de la bouche et du pharynx, qui très souvent sont obstrués par un bouchon muqueux dont l'extirpation seule suffit d'ordinaire à provoquer l'apparition du rythme respiratoire. »

Je n'en ai pas dit plus, je n'ai pas été chercher midi à quatorze heu-

res, et cependant ces lignes suffisent bien à caractériser ce dont il s'agit.

J'ai considéré et aujourd'hui encore je considère l'organe signalé par M. Hartenstein comme un bouchon muco-albumineux et non comme une « rate buccale ». — Qui parle de rate désigne en effet une glande vasculaire sanguine à structure lymphoïde. — Or, le produit muqueux en question, le bouchon obstruant, est nettement dépourvu de toute organisation, comme l'organe volumineux que M. Hartenstein nous a fait parvenir.

Il y a bien, j'en conviens, deux couches en apparence : l'une corticale compacte, l'autre médullaire spongieuse, mais en réalité il s'agit tout simplement de strates muco-albumineuses superposées au centre et très tassées à la périphérie ; d'où l'apparence macroscopique du pseudo-organe. Quant à la forme, elle lui est donnée par le conduit bucco-pharyngien.

Le volume varie beaucoup. — L'origine me paraît se trouver dans les sécrétions buccales et pharyngiennes du fœtus. — Quant à la fonction, je la crois tout autre que celle supposée par notre confrère, quoique son explication soit fort originale.

Bien loin de lui attribuer le rôle d'un filtre utile, permettant d'absorber un liquide amniotique assimilable, je croirais plus volontiers que le *bouchon muqueux bucco-pharyngien* est avant tout un appareil protecteur, un obturateur utile qui empêche toute communication entre la cavité amniotique et l'arrière-pharynx. Grâce à lui, le liquide amniotique ne peut pas plus pénétrer dans l'œsophage que dans le larynx et la trachée, et dès la naissance, après rejet ou déglutition du bouchon muqueux, la canalisation trachéo-bronchique peut remplir le rôle qui lui est dévolu : le rythme respiratoire peut s'établir pour ne plus cesser qu'avec la mort.

(*Recueil de Méd. Vétérin.* et *Journal des Connaissances Médicales.*)

III. — Contribution a l'histoire des accidents du traitement des déviations dentaires. Inconvénient des anneaux de caoutchouc en particulier.

Par M. le Dr Fleury,

Professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

La jeune X..., âgée de 15 ans, forte, bien constituée, sans tare héréditaire, nous est présentée à Paris, dans le courant du mois de mars dernier, dans l'état suivant : les deux incisives médianes supérieures sont en antéversion, l'angle de déviation atteint 45°. Elles sont branlantes, douloureuses, à demi sorties de leurs alvéoles, le collet est à 4 ou 5 millim. au-dessous de la gencive. La lèvre supérieure a cessé depuis longtemps de recouvrir ces organes dont les couronnes sont d'une façon permanente exposées au contact de l'air. Au-dessus et autour de ces dents la gencive est fongueuse, saignante, de mauvais aspect. Le reste de la muqueuse buccale est en bon état ; il existe toutefois en bas une légère gingitive due à l'accumulation du tartre. La voûte palatine ne nous paraît présenter aucune malformation.

Les incisives latérales supérieures sont saines, éloignées des médianes d'un intervalle dans lequel on pourrait loger de chaque côté une troisième incisive de même valeur que les incisives latérales existantes. En somme, il existe là une barre, un véritable *diastema* ; seulement, au lieu d'être situé entre les canines et les prémolaires, il siège entre les incisives centrales et les latérales.

A la mâchoire inférieure, toutes les dents occupent leur situation normale et les molaires s'engrènent d'une façon très nette avec leurs correspondantes du maxillaire supérieur ; seules, les incisives médianes, en raison de leur direction vicieuse, n'affectent pas de rapports avec leurs homologues du bas.

La mère, qui nous consultait pour savoir si l'on pouvait encore intervenir, conserver les deux incisives médianes et en corriger la direction, donne les renseignements suivants : il y a trois ans (juillet 1893), elle conduisit sa fille, alors âgée de 12 ans, dans un institut dentaire, et non l'un des moins bruyants de Paris. Il s'agissait déjà en ce moment de ramener en bonne place les deux incisives médianes. A cette date, les quatre incisives supérieures étaient contiguës et ne s'espacèrent qu'après qu'on lui eut enlevé les deux premières grosses molaires. A la suite de cette opération — *sur l'opportunité de laquelle il y aurait à discuter* — et jusqu'à fin décembre 1895, quatre appareils de redressement furent successivement employés pour ramener les dents déviées en bon lieu. Il nous a été donné de voir un de ces appareils, l'avant-dernier de la série. Il est formé d'une plaque palatine en vulcanite et porte sur son bord antérieur, derrière les incisives à redresser, deux petits crochets métalliques vraisemblablement destinés à fixer les anneaux en caoutchouc qui embrassaient le collet de ces dents. Au dire de la mère, les trois autres appareils étaient établis sur le même plan et c'est toujours aux anneaux de caoutchouc qu'on eut recours pour opérer les tractions.

Quatre appareils, un nombre x d'anneaux en caoutchouc, deux ans et demi de traitement, aboutirent à un résultat déplorable. Au 25 décembre 1895, les dents, qui avaient toujours été douloureuses, occasionnèrent des souffrances plus vives ; chassées de leurs alvéoles, elles apparaissaient plus que jamais au dehors ; la difformité était plus accentuée qu'au début du traitement. Devant cet insuccès, la jeune fille se refusa à retourner à l'institut dentaire ; les parents n'insistèrent pas. L'état n'avait pas empiré au mois de mars quand nous fûmes consulté.

Muni de ces renseignements et après examen, de concert avec M. Vacher, chef de la clinique dentaire à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous proposâmes d'extraire les deux dents si fort compromises et de fermer la brèche à l'aide d'un appareil de quatre dents. L'opération fut faite séance tenante et l'extraction fut si facile qu'on eût pu la pratiquer sans le secours d'un instrument. Grande fut notre surprise quand, en procédant au lavage des cavités alvéolaires, nous vîmes sortir de l'une d'elles — *la droite* — le bord d'un anneau en caoutchouc. Avec une pince et quelques tractions douces celui-ci fut tiré au dehors. Nous l'obtînmes intact.

Les phénomènes inflammatoires, la périostite, la descente des dents, en présence desquels nous nous étions trouvé, étaient ainsi expliqués : l'anneau de caoutchouc était la cause de tout le mal. Il avait quitté le crochet de l'appareil auquel il était fixé et, enserrant le collet de l'incisive droite, avait gagné peu à peu le sommet de la racine. Par contiguïté l'inflammation s'était étendue à l'autre incisive.

Le reste de notre intervention se résume à peu de chose. Quelques pointes de feu eurent rapidement raison des fongosités gingivales, et trois semaines après la gencive était en bon état, un appareil provisoire de quatre dents fut appliqué. Cette jeune fille porte aujourd'hui six incisives au maxillaire supérieur, mais les lèvres se rejoignent maintenant et, pour toute personne peu compétente ou inattentionnée, l'aspect de sa dentition paraît normal.

(*Rev. mens. de Stomat.* et *J. de Clinique et de Thérap. infant.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS.

I. Enlèvement de la rouille métallique. — II. Utilisation des débris de caoutchouc. — III. Verre flexible. — IV. Dorure sur métaux. — V. Solution pour enlever les taches. — VI. Polissage des plaques de caoutchouc. — VII. Soudure à froid pour le fer.

I. — Enlèvement de la rouille métallique.

Pour débarrasser les objets métalliques de la rouille dont ils sont recouverts, il suffit de les plonger dans une solution saturée de chlorure d'étain.

Plus la couche de rouille est épaisse, plus la durée de la trempe dans la solution doit être prolongée. En général douze à quatorze heures suffisent. Il faut veiller à ce que la solution ne soit pas trop acide, sinon le métal serait attaqué.

Lorsqu'on juge que les objets à dérouiller ont assez longtemps séjourné dans le bain de chlorure d'étain, on les lave à l'eau, puis à l'ammoniaque et on les fait sécher rapidement. Le métal prend alors l'aspect de l'argent mat.

Pour empêcher la rouille des instruments d'acier, il faut conserver ceux-ci dans une armoire dans laquelle on place une bouteille munie d'un entonnoir en verre. Dans l'entonnoir on introduit quelques morceaux de chlorure de calcium. Aussi longtemps qu'il reste un peu de ce sel dans l'entonnoir, l'air ambiant est maintenu dans un état de sécheresse tel que la formation de la rouille est impossible.

(*Deutsche-Amerik. Apotheker Zeitung.*)

On commence par dégraisser les instruments en acier avec de la cendre de bois et de l'eau tiède. On les place alors dans une solution faible d'acide chlorhydrique (10 à 15 gouttes par 30 grammes d'eau) et on les lave ensuite à l'eau pure, après quoi on les plonge pendant dix à vingt-quatre heures dans une solution saturée de chlorure de zinc. Après les avoir lavés à l'eau pure, on les sèche soigneusement. L'acier paraît alors comme nickelé. On enlève les taches de rouille des instruments en les badigeonnant avec une pâte composée de 15 grammes de cyanure de potassium, 15 grammes de savon mou, 30 grammes de blanc de Meudon et d'eau. Ensuite on les essuie et on les frotte avec de l'huile.

M. Broder donne comme efficace la méthode suivante pour nettoyer les intruments rouillés : Remplissez un vase d'une grandeur convenable avec une solution saturée de chlorure d'étain dans de l'eau distillée ; plongez-y les instruments rouillés et laissez-les dans le liquide toute une nuit. Rincez dans l'eau courante et frottez vivement avec la peau de chamois : ils acquerront le brillant de l'argent.

(*Journal of the British Dental Association.*)

II. — Utilisation des débris de caoutchouc.

Beaucoup de personnes s'imaginent difficilement peut-être que les rognures et les limailles qu'on obtient en finissant les plaques aient quelque valeur ; cependant, ces débris peuvent être très utiles. Ayez soin de les conserver et, quand vous aurez à faire une plaque forte et épaisse, plongez d'abord le caoutchouc dans de l'eau tiède pour le ramollir, puis roulez-le dans les débris conservés pour tasser le tout suivant le procédé ordinaire ; vulcanisez soigneusement et vous aurez une pièce bonne, forte, non poreuse. Le caoutchouc traité ainsi se vulcanise en moins de temps. Les plaques lourdes réclament, bien entendu, une vulcanisation attentive ; mais, avec les soins ordinaires, la pièce ne sera pas poreuse. J'emploie cette méthode pour toutes mes pièces, même quand elles doivent être minces, parce que, tout en gagnant de cinq à dix minutes, j'obtiens, je crois, encore de meilleurs résultats. Autrefois, dans quelques portions très épaisses des plaques, surtout sur les côtés, il semblait presque impossible d'empêcher ces parties de devenir poreuses (toutes les marques de caoutchouc se comportent de même, sous ce rapport) ; mais depuis que j'ai adopté ce procédé, je n'ai jamais observé cet inconvénient. Les plaques poreuses ont toujours été une source d'ennuis et de beaucoup de travail supplémentaire ; mais, avec la précaution de rouler chaque fragment de caoutchouc dans les débris provenant du limage des plaques, on verra que l'on en tire toujours un grand avantage. Essayez cette méthode, et si vous n'avez pas de débris, limez une vieille plaque pour avoir la quantité nécessaire à l'expérience.

(*International Dental Journal* et *Progrès Dentaire.*)

III. — Verre flexible.

Pour obtenir cette substance, à la fois souple et solide, aussi transparente que le verre, il suffit de dissoudre de 4 à 8 parties de coton à collodion dans un mélange d'alcool et d'éther (le coton étant la centième partie du poids du liquide) ; on ajoute ensuite de 0,02 à 0,04 d'huile de ricin (ou d'une autre huile non siccative), puis de 0,04 à 0,10 de résine ou de baume du Canada. On étend ce mélange sur une plaque de verre propre et l'on sèche dans un courant d'air chaud à 50°.

On obtient ainsi une feuille de substance dure, vitreuse, transparente, presque incassable, résistant parfaitement à l'action des sels, des acides et des alcalis. Elle est bien moins inflammable que le collodion ordinaire. On peut lui donner une épaisseur arbitraire et une couleur variable.

Mélangée avec de l'oxyde de zinc, elle fournit une sorte d'ivoire artificiel.

(*Science illust.*)

IV. — Dorure sur métaux.

Chlorure d'or	20	grammes.
Cyanure de potassium	60	—
Crème de tartre	5	—
Craie lavée	100	—
Eau	100	—

A appliquer, avec un chiffon de laine, sur la surface métallique préalablement nettoyée avec soin et décapée à l'aide d'un acide métallique.

(*Rundschau für Pharmacie.*)

V. — Solution pour enlever les taches.

M. F. Hahn recommande le mélange suivant pour enlever les taches produites par le nitrate d'argent :

Bichlorure de mercure	àà 5	grammes
Chlorhydrate d'ammoniaque	àà 5	grammes
Eau distillée	40	—

Les taches seront touchées avec un morceau de toile humectée dans ce mélange ; on frictionnera ensuite. On se débarrasse de la sorte presque instantanément des taches, même anciennes, faites par l'azotate d'argent sur des étoffes de laine, de coton ou de toile.

On fait disparaître par le même procédé les taches d'argent se trouvant sur la peau : les taches prennent une coloration blanc-jaunâtre et finissent par disparaître rapidement.

Voici maintenant un produit destiné à enlever les taches d'encre et de couleurs sur les papiers, étoffes. Il a été imaginé par M. Gouthard, qui emploie les deux solutions suivantes :

Solution A.	Hypochlorite de potasse.
	Chlorure de potassium.
	Essence de menthe.
Solution B.	Acide chlorhydrique.
	Sel marin.
	Eau.

On enduit les taches avec la solution A ; on fait sécher à une douce chaleur, puis, au moyen d'un pinceau, on passe sur les taches une légère couche de la solution B ; les taches disparaissent rapidement.

VI. — Polissage des plaques de caoutchouc

Souvent, après le polissage d'une plaque de caoutchouc noir, celle-ci offre une couleur très inférieure, noir-grisâtre. On y remédie par l'application de bisulfure de carbone. On humecte un linge de la solution et l'on en frotte vigoureusement la pièce chaque fois qu'il est nécessaire. Il est bon de la bien laver ensuite pour éviter une tendance aux nausées.

VII. — Soudure a froid pour le fer.

Les pièces de fer que l'on ne peut chauffer pour les souder, peuvent être assemblées à froid de la manière suivante, selon une for-

mule donnée par *der Praktische Maschinen-Constructor* : On recouvre les extrémités à réunir d'un mastic formé de six parties de soufre, six de céruse et une de borax, diluées dans de l'acide sulfurique concentré, et l'on presse fortement les deux pièces l'une contre l'autre. On laisse reposer pendant cinq à sept jours ; la soudure est alors assez forte pour qu'on ne puisse plus séparer les deux pièces, même en frappant au marteau la partie où a été faite la jonction.

(Revue scientifique.)

NÉCROLOGIE

Un nouveau deuil a frappé Mme Paul Dubois, déjà si cruellement atteinte il y a trois mois à peine par la mort de notre regretté directeur et ami : elle vient de se voir enlever en quelques jours, par la diphtérie, un de ses enfants, Antonin Dubois, âgé de quatre ans. C'est une perte d'autant plus sensible que cet enfant, très malade il y a quelques années, n'avait été arraché à la mort que grâce au dévouement de sa mère qui lui prodigua ses soins nuit et jour pendant plusieurs mois.

En cette douloureuse circonstance, nous adressons à cette mère si éprouvée l'expression de notre vive sympathie.

Rappelons à propos de cette mort que la souscription ouverte en faveur de la veuve et des enfants de notre malheureux confrère n'est pas encore close ; nous publions plus loin la quatrième liste de souscription, et prions ceux qui ont l'intention de souscrire et qui ne l'ont pas encore fait de vouloir bien le faire sans retard, afin que l'on puisse connaître le plus tôt possible le montant total de la souscription.



NOUVELLES.

Les numéros de juin de nos confrères *The international dental journal*, *The dental Review*, *Dominion dental journal* et la *Quarterly circular d'Ash and Sons* ne nous sont point parvenus à temps pour que nous pussions les remercier dans notre dernier numéro de l'article nécrologique qu'ils ont consacré à Paul Dubois. Nous les prions aujourd'hui d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour ces marques d'estime données à notre ancien directeur.

Parmi les journaux professionnels qui ont consacré des articles nécrologiques à Paul Dubois, il convient de citer également les *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire.*

Notre confrère de Bordeaux constate, dans son numéro de mai, la place importante qu'occupait notre ancien directeur dans l'art dentaire français et reconnaît que la France perd en lui un de ses enfants les plus utiles.

Nous l'en remercions bien sincèrement. Pourtant, qu'il nous permette de relever une petite erreur à l'égard de prétendus sentiments hostiles de P. Dubois à l'égard de l'Ecole dentaire de Bordeaux.

Dubois n'a jamais été l'ennemi d'écoles dentaires en province pouvant faire concurrence à l'œuvre entreprise par lui et ses amis à Paris (son rapport et nos discussions au Congrès de Bordeaux sur les écoles provinciales en font foi) ; mais il était l'adversaire de procédés employés par certaines écoles dentaires américaines qui sont de nature à discréditer ces établissements, quand les intérêts de l'art dentaire ne sont pas le but exclusif de l'enseignement qu'ils donnent.

Voilà ce qui s'est dit à l'entrevue qui eut lieu à Bordeaux en présence de MM. Godon, Lot, Brugeille, Dr Dunogier et Rolland, tant par M. Dubois que par M. Godon.

C. G.

Le Ministre de l'Instruction publique du royaume de Prusse a, par arrêté du 9 mai dernier, abrogé le tarif du 21 janvier 1815 fixant les honoraires des médecins et médecins-dentistes et l'a remplacé par un autre plus en rapport avec l'époque dans laquelle nous vivons. Ce nouveau tarif entrera en vigueur le 1er janvier 1897.

Cette abrogation avait été l'objet de nombreuses réclamations des diverses Sociétés dentaires depuis des années.

Le service de dentisterie du *Sheffield royal Hospital* est complètement organisé et a commencé à fonctionner au milieu de juin dernier.

Les locaux qui y sont consacrés comprennent une salle de traitement avec quatre fauteuils, une salle d'anesthésie et une d'extraction, chacune avec un fauteuil et un petit salon de repos. Deux pièces réservées pourront servir à la prothèse.

Le personnel comprend six dentistes, ainsi qu'un certain nombre d'opérateurs.

Le 12e congrès international de médecine aura lieu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

L'exposition du millénaire de Budapest contient une section dentaire. On y voit une série d'inventions dues au Dr Vajna, des appareils de redressement du Dr Mathé, des travaux à pont du Dr Moczar, des collections des Drs Abonyi, Popiel, Dick, Rona, etc.

Il a été fondé au Guatemala un *Institut dentaire* par l'initiative des dentistes de la contrée, et cet établissement a reçu l'approbation gouvernementale le 18 septembre 1895 ; il est placé sous la dépendance de la Faculté de médecine et de pharmacie.

On y enseigne l'anatomie, la dissection, l'histologie, la physiologie, la pathologie, l'embryologie et la chirurgie dentaire, la clinique, la physique, la chimie, la thérapeutique, la médecine opératoire et la prothèse.

Les études auront une durée de trois ans. L'enseignement sera gratuit.

L'art dentaire est largement représenté à l'Exposition industrielle de Berlin qui a lieu en ce moment, par une collection de pièces de prothèse due tout entière à des mécaniciens-dentistes. Les médecins-dentistes n'ont rien exposé.

Une partie du *National Museum* de Washington (Musée national) sera consacrée dorénavant à la dentisterie. C'est une portion d'un vaste bâtiment à l'épreuve du feu, en communication directe avec les galeries d'anatomie.

Nous lisons ce qui suit dans la *Revue Odontologique* :

A LA MÉMOIRE DE CRIGNIER,

Ancien Président de l'Association de l'Ecole Odontotechnique.

Il y a un an à pareille époque, alors que tout paraissait lui sourire et que l'avenir s'annonçait pour lui sous les meilleurs auspices, Henri Crignier était enlevé à notre affection, nous laissant tous sous le coup d'une profonde affliction ; les regrets que cette mort imprévue causa parmi nous, ne peuvent s'effacer de notre souvenir, et c'est avec la même tristesse que l'Association de l'Ecole Odontotechnique se réunit aujourd'hui en une commune pensée de recueillement et de regrets, pour évoquer la mémoire de l'ami, de l'homme de bien, de l'aimable et sympathique confrère qui n'est plus.

Nous nous associons pleinement aux sentiments exprimés par la *Revue odontologique.*

Nous apprenons que, par arrêté du 23 mai dernier, le Ministre de l'Intérieur a nommé M. Levadour, l'un des diplômés de notre école, chirurgien-dentiste des établissements pénitentiaires de la Seine.

Nos félicitations à notre confrère.

Comme conséquence de l'ouverture et du fonctionnement de l'Ecole dentaire libre de Bordeaux, et conformément à ce qui s'est déjà passé à Paris depuis 1893, une session d'examens pour les chirurgiens-dentistes vient d'être ouverte à Bordeaux.

A la suite des réclamations du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, un projet de décret vient d'être soumis au Conseil supérieur de l'instruction publique pour fixer à 21 ans révolus l'âge requis pour subir le 3e examen de chirurgien-dentiste devant la Faculté de médecine.

MM. Lecaudey et Godon ont attiré l'attention du doyen de la Faculté, du directeur de l'Enseignement supérieur et des membres dudit Conseil sur les conséquences de ce projet pour les candidats français au diplôme de chirurgien-dentiste appelés sous les drapeaux de 20 à 21 ans. Ces jeunes gens ne pourraient, en effet, subir ainsi le 3e examen qu'à leur retour du service militaire, c'est-à-dire à 24 ans, et cela au profit des dispensés et des candidats étrangers.

Nous avons tout lieu d'espérer que les légitimes observations de MM. Lecaudey et Godon seront prises en sérieuse considération et que le Conseil supérieur, comme nos deux confrères le demandent, abaissera la limite d'âge du 3e examen à 20 ans ou bien décidera que la remise seule du diplôme sera fixée à 21 ans révolus.

Il est décidé de célébrer à Paris le cinquantenaire de la découverte de l'anesthésie.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

QUATRIÈME LISTE

MM.	Fresnel	Paris	20
	Charpentier	—	20
	Schmitt	—	5
	Stévenin	—	20
	Péters	—	20
	Richer	Vernon	10
Mme	Hébert	Gisors	20
MM.	Dr William Dall	Glascow	52,50
Mlle	Ducamp, Marie	(par Dr Ducamp)	10
MM.	Ducamp, Albert	—	20
	Barcat	—	50
	Charlier	—	100
	Pinot	—	50
	de Bertrand	—	20
	Waterlot	—	50

MM.	Charavet	(par M. Papot)	100
	Coignard	Tours	50
	Pigis	Paris	250
	Jeay	—	20
	Gœury	—	5
	Verdier A.	—	5
	Devoucoux G.	—	50
	Trucco, Mariano	Porto	15
	Papa, Raffaeli	Naples	20
	Trallero, Mariano	Barcelone	10
	Rousseau	Roubaix	10
	Chapot-Prévost	Rio-de-Janeiro	25
		Total de la 4e liste	1.027.50
	Total des listes précédentes.		18.124
		Total.......	19.151,50

En publiant cette nouvelle liste et en adressant nos remerciements aux donateurs qui y sont compris, nous tenons à rappeler que cette souscription n'a pas pour but d'offrir à la veuve et aux enfants de Paul Dubois la somme que la générosité des souscripteurs aura permis de réunir, *mais bien de constituer avec cette somme un capital dont la rente seule sera servie à cette famille si éprouvée.* Voilà pourquoi nous adressons de nouveau un appel à la profession tout entière, en faisant remarquer que les dons sont payables en *cinq annuités.*

LE COMITÉ.

ERRATUM

Page 376, au lieu de: Dr Cunningham 100 fr., *lire :* Dr Cunningham et *H. Baldwin* 100 fr.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Séance du 19 *novembre* 1895.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Martinier, Prest, Roy, Sauvez et Viau.

M. Loup donne lecture du procès-verbal du 15 octobre 1895, qui est adopté.

M. Godon constate le succès de l'inauguration des cours de la scolarité 1895-96, qui a eu lieu sous la présidence de M. le Ministre du commerce, représentant M. le président du Conseil.

M. Francis Jean donne lecture d'une lettre de M. Rousset, représentant de l'Ecole à l'exposition de Bordeaux, qui informe qu'un diplôme d'honneur a été accordé à l'Ecole.

M. M. Roy donne lecture des procès-verbaux des 6 août, 24 septembre et 28 octobre 1895. Les deux premiers sont adoptés.

M. Bonnard présente des observations sur le procès-verbal du 28 octobre au sujet de l'ordre du jour voté à cette séance.

Le procès-verbal du 28 octobre est adopté.

M. le président demande, au nom du bureau, pour faire suite à l'ordre du jour voté à la dernière séance, le vote d'une décision complémentaire. Adopté.

M. Godon donne lecture d'une lettre du doyen de la Faculté de médecine concernant la délivrance des inscriptions et du diplôme de l'Ecole et de la réponse que le bureau y a faite.

M. l'Inspecteur d'Académie est venu clôturer le registre d'inscriptions de l'Ecole. Il y a actuellement 85 élèves réguliers, 11 élèves irréguliers (c'est-à-dire désirant pratiquer à l'étranger ou patentés de 1892), au total 96 élèves au 19 novembre 1895.

M. Godon fait observer que les élèves en instance d'équivalence ne figurent pas comme élèves réguliers.

Le vote sur la liste des élèves est remis à la prochaine séance.

M. Godon, au nom de la Commission d'enseignement, donne lecture d'un rapport sur les différents services de la clinique, de la dentisterie opératoire et de la dissection. Ce rapport est adopté.

La séance de l'assemblée générale est fixée au mardi 3 décembre.

L'ordre du jour suivant est adopté : Procès-verbal. — Correspondance. — Rapport du secrétaire général. — Rapport du trésorier. — Adoption du budget de 1895-96. — Renouvellement partiel du Conseil d'administration.

Membres sortants : MM. Viau, d'Argent, Prével, Bioux, Gravollet, Sauvez, Martinier, Barrié, Frey, Poinsot.

M. Bonnard fait un rapport au nom du Conseil de famille sur M. B..., qui, mis en demeure de cesser la réclame qu'il faisait, donne sa démission. Accepté.

M. le Trésorier donne lecture de son projet de budget : Recettes 48.700 fr. Dépenses 48.100 fr. Excédent 600 fr.

Lettre de M. Mouton revenant de terminer son service militaire qui demande à reprendre ses fonctions de démonstrateur. Accordé.

Le secrétaire-adjoint, Dr Roy. — *Le secrétaire général*, Francis Jean.

1re *Séance du 17 décembre* 1895.

Présidence de M. Dubois, doyen d'âge.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, Choquet, d'Argent, Dubois, Godon, Jeay, Lemerle, Loup, Martinier, Papot, Prével, Roy, Sauvez Stévenin et Viau.

On procède à l'élection du bureau :

1° *Président*, 16 votants.

MM. Godon........................ 14 voix, élu.
Lemerle........................ 1 —
1 bulletin blanc.

2° *Vice-Présidents*, 16 votants.

MM. Lemerle........................ 12 voix, élu.

MM. Viau	9 voix, élu.
Martinier	4 —
Francis Jean	2 —
Papot	2 —
Dubois	2 —
Prével	1 —

3° *Secrétaire général*, 16 votants.

MM. Francis Jean	11 voix, élu.
Roy	5 —

4° *Secrétaire des séances*, 16 votants.

MM. Roy	14 voix, élu.
Choquet	1 —
Jeay	1 —

5° *Trésorier*, 16 votants.

M. d'Argent	16 voix, élu.

6° *Bibliothécaire-archiviste*, 16 votants.

MM. Bonnard	12 voix, élu.
Choquet	2 —
	2 bulletins blancs.

7° *Bibliothécaire-adjoint*, 16 votants.

MM. Choquet	13 voix, élu.
Frey	2 —
	1 bulletin blanc.

8° *Conservateur du Musée*, 16 votants.

MM. Sauvez	12 voix, élu.
Papot	3 —
	1 bulletin blanc.

9° *Econome*, 16 votants.

MM. Prével	15 voix, élu.
Papot	1 —

Lettre de *M. Francis Jean* s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et déclinant toute candidature au poste de secrétaire général.

MM. Godon et Viau sont désignés pour se rendre auprès de M. Francis Jean et le prier de revenir sur sa détermination.

Nomination d'une commission de cinq membres chargés de faire les propositions pour la nomination des commissions permanentes.

MM. Godon, Lemerle, Dubois, Martinier et Viau sont élus.

Le Secrétaire,
Dr Roy.

2e *Séance du 17 décembre* 1895.

Présidence de M. Godon, président.

M. Roy donne lecture du procès-verbal de la séance du 19 novembre.

M. Dubois propose de nommer une commission chargée d'étudier un projet de fusion de la Société civile et de l'Association.

Cette proposition est prise en considération et les bureaux des deux Sociétés s'aboucheront pour l'étudier.

M. Godon fait part de l'entrevue que M. Viau et lui ont eue avec M. Bourgeois, président du Conseil, au cours de laquelle ils lui ont remis la médaille commémorative de la séance de réouverture des cours dont il était président.

Nomination des commissions.

Commission d'enseignement.

MM. Dubois, Lemerle, Sauvez, Viau, Martinier.

Commission scolaire.

MM. Papot, Francis Jean, Jeay, Loup, d'Argent.

Commission des finances.

MM. Bioux, Prest, Viau.

Commission des fêtes.

MM. Jeay, Prével, Papot, Löwenthal.

Conseil de famille.

MM. Legret, Stévenin, Lemerle.

Commission des archives, bibliothèque et musée.

MM. Bonnard, Stévenin, Sauvez, Choquet.

Commission du local.

MM. Dubois, Lemerle, Viau, Prével.

Admissions.

M. Hartwood, de Lyon, est admis.

Demande d'admission.

M. Laurent, de Vernon, présenté par MM. Martinier et d'Argent.

M. Prével donne lecture de son rapport au sujet de la séance de réouverture des cours.

Ce rapport est adopté et des félicitations sont adressées à M. Prével.

M. Martinier donne lecture de son rapport au nom de la commission scolaire qui propose :

1° Que l'inscription de janvier soit refusée aux élèves n'ayant pas leur dossier complet ;

2° Qu'à l'avenir aucune pièce ne soit distraite des dossiers avant la fin des études. — Adopté.

M. Godon expose qu'un certain nombre d'élèves ont été inscrits les années précédentes plus tard que ne l'indique la nouvelle circulaire de l'Académie.

Une lettre sera adressée à l'Académie de Paris pour lui demander de régler la situation de ces élèves.

Les élèves qui sont obligés de redoubler une année devront le faire dans les mêmes conditions que les élèves en cours régulier d'études.

M. d'Argent propose des gratifications annuelles. Adopté.

M. Godon rappelle que les dépenses doivent être surveillées avec soin ; elles doivent être faites par les administrateurs et non par les employés.

Le Secrétaire,
Dr Roy.

Séance du 21 janvier 1896.

Présidence de M. Ch. Godon, président.

Sont présents : MM. Bonnard, Choquet, Dubois, Godon, Jeay, Lemerle,

Loup, Löwenthal, Martinier, Prével, Roy, Sauvez, Stévenin et Viau.

Election d'un secrétaire général en remplacement de M. Francis Jean, qui persiste dans son refus d'accepter à nouveau les fonctions de secrétaire général.

Votants, 14.

M. Roy	13 voix, élu.
Bulletin blanc......................	1 —

M. Godon remercie le Conseil de sa réélection aux fonctions de président-directeur.

M. Roy remercie également de sa nomination comme secrétaire général.

Correspondance.

1° *M. le Président* donne lecture de 44 lettres de M. le recteur de l'Académie de Paris, concernant des demandes de validation d'inscriptions qui lui ont été adressées par des élèves de l'école, des rapports envoyés à l'Administration supérieure à ce sujet, et des décisions ministérielles auxquelles ces demandes ont donné lieu.

2° Demande d'un congé de six mois par M. Francis Jean comme professeur suppléant.

La demande est accordée pour le délai indiqué par les règlements.

3° *M. Godon* annonce la nomination du Dr Sauvez au poste de dentiste adjoint des hôpitaux.

4° Lettre demandant l'expérimentation officielle par l'école de différents médicaments.

M. Godon demande si tous ces produits doivent être adressés à la commission des essais.

Il est décidé que l'Ecole n'acceptera de produits nouveaux que pour son usage personnel et qu'aucune sanction officielle ne sera donnée.

5° Demande par M. *Francis Jean* d'une indemnité de 125 francs pour son secrétaire, M. Husson, pour frais et démarches faits pour l'Ecole. — Adopté à l'unanimité.

6° Lecture d'une lettre de l'élève P. faisant une réclamation pour la disparition d'un bras de tour et lecture du rapport de M. le surveillant général.

Propositions diversses.

1° Proposition de M. *Dubois* tendant à allouer au secrétaire général une indemnité de 600 francs par an pour frais de secrétaire, copies et correspondance.

Il est décidé qu'une somme de 600 francs par an sera mise à la disposition du bureau pour assurer le service de la direction et du secrétariat général.

2° *M. le Trésorier* propose que l'indemnité attribuée à la trésorerie soit maintenue pour cette année. Adopté.

M. Godon informe le Conseil qu'à la suite d'un fait d'indiscipline il a infligé 15 jours d'exclusion à l'élève P.

Rapports de la commission scolaire.

a) Rapport sur la délivrance des inscriptions de novembre et janvier ; admissions d'élèves (par M. Roy).

b) Proposition des conditions de délivrance des inscriptions d'avril et de juillet fixant un minimum d'opérations par trimestre, contrôlées sur

le carnet d'opérations, et exigeant le certificat de dissection pour les élèves de 2e et 3e années (par M. Loup).

Adopté après discussion.

c) Demande de l'élève B. de 2e année d'être dispensé du carnet de clinique et des cours du soir. Repoussé la disposition concernant les élèves de province ne figurant plus depuis longtemps au règlement.

d) Proposition d'admission en 3e année d'élèves à titre étranger :

MM. Moltz, diplômé russe.
Pereira, docteur de la République Argentine.
Antonopoulos, médecin militaire grec. — Adopté.

Rapport de la commission d'enseignement.

a) Proposition de *M. le Dr Sauvez* pour la réinvestiture des professeurs suppléants.

Le Conseil remet la discussion à une séance ultérieure après examen de la proposition par le Conseil d'enseignement et décide de ne se prononcer sur une lettre de M. Papot qu'après cette séance.

b) Corps enseignant en exercice pour 1895-96. Rapporteur : M. Lemerle.

Le Conseil décide le renvoi à la commission d'enseignement de la discussion de cet article et l'application du règlement aux chefs de clinique et démonstrateurs à l'expiration de leur mandat.

c) Règlement applicable au concours de chef de clinique et nomination du jury. Rapporteur : M. Martinier.

Adoption du règlement antérieur avec cette restriction que, pour la partie écrite du concours, la même question sera donnée à tous les candidats.

Nomination du jury.

1er jury. Clinique.
MM. Grimbert, président.
Dr Roy, Touchard, membres. Blocman et Barrié, suppléants.
2e jury. Clinique de prothèse.
MM. Lemerle, président.
Sauvez, membre. — Dubois, suppléant.
Bonnard, — Friteau, —
Délégués du conseil 1er jury, M. Choquet. 2e jury, M. Bioux.
Le concours aura lieu le 18 mars.

d) Examens et certificats de mécaniciens-dentistes. Rapporteur : M. Lemerle. Le projet est renvoyé à la prochaine séance.

Demandes pour la bibliothèque par M. Bonnard :

1° Crédit de 27 francs pour installation. Accordé.

2° 200 francs pour frais immédiats. Accordé.

3° Application du règlement à toutes les catégories d'emprunteurs, même aux membres du corps enseignant et du Conseil d'administration. Approuvé.

4° Autorisation de lecture sur place. Approuvé.

Demandes d'admission.

MM. Léon Martinaud, présenté par MM. Godon et Gardenat.
Georges, — Poinsot et Jeay.
Bruno, D. E. D. P. — Roy et Jeay.

Le Conseil autorise la remise à M. Lalement d'une médaille d'argent comme prix de dentisterie opératoire de 1894-1895, mais sur un engagement écrit par lui de ne pas prendre le titre de lauréat de l'école, ce qui serait contraire au règlement.

M. Godon informe le Conseil que le Conseil municipal de Paris a accordé une bourse à M. B., élève de 2e année.

Le Secrétaire,
Dr Roy.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

ON DEMANDE un assistant connaissant le cabinet et l'atelier. Sérieuses références exigées. S'adresser à M. Cordelier, dentiste, quai Jules Ferry, Epinal.

A CÉDER pour cause de santé et de départ à l'étranger, un cabinet dentaire. Situation excellente. On céderait aussi tout l'outillage, meubles, etc., à des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser à M. Fayod, rue d'Alésia, 91, Paris.

A CÉDER, pour cause de départ, un cabinet faisant 7.000 fr. Prix 6.000 fr., meubles du salon, du cabinet et de l'atelier compris. Moitié comptant, le reste dans deux ans. Ville de 40.000 habitants. Loyer 800 fr. au premier. S'adresser E. H. B., bureau du journal.

A CÉDER, après décès, un cabinet faisant 20.000 francs. On laisserait le mobilier du cabinet. Loyer 2.800 fr. Prix 10.000 francs. S'adresser au bureau du journal, L. B.

A CÉDER, à Paris, cabinet dentaire fondé en 1862. Affaires 30.000 fr. Loyer 2.000 fr. S'adresser bureau du journal, R. P. S.

A CÉDER tout de suite, pour cause de santé, cabinet dentaire admirablement situé, faisant 12,000 fr. d'affaires par an. Prix 10,000 fr. dont 6,000 comptant. Loyer, 13,000 fr. — S'adresser à M. Duché, 18, avenue Bosquet.

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme Vve Belleville, 11, cité Trévise.

Mlle MERLANCHON, ancien secrétaire de M. P. Dubois, se charge des travaux d'écritures, de comptabilité, *copies de manuscrits à la machine à écrire*, etc. S'adresser au bureau du journal.

LE Dr MILLARD, spécialiste-dentiste américain (Faculté de Maryland), sucr de M. Leroux, établi à Rennes (Ille-et-Vilaine) depuis vingt ans, cherche acquéreur pour tout ou moitié de son cabinet. Chiffre d'affaires 20,000 fr. Prix à débattre.

DAME connaissant bien la correspondance et la comptabilité demande emploi de secrétaire chez un dentiste. S'adresser au bureau du Journal aux initiales J. K. L. M.

A VENDRE pour 200 francs un fauteuil de Wirth, modèle clinique, avec crachoir nickelé et son support ; le tout d'une valeur de 300 fr. S'adresser aux initiales C. D. au Secrétariat de l'Ecole dentaire, 4, rue Turgot.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1896

BUREAU

E. PAPOT ♁, *président.*

MM. LEGRET, *vice-président.*
RICHER, *vice-président.*
CHOQUET, *secrétaire-adjoint.*

MM. Dr M. ROY, *secrétaire général.*
ROLLIN ✪, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS.

MM. BILLET, CLASER, D'ARGENT, DEVOUCOUX, GODON ✿, Francis JEAN ✪, LEMERLE ✿, LÖWENTHAL, MARTINIER, PRÉVEL, VIAU, ✪.

PROVINCE

Nord-Est.

MM. AUDY (Senlis), CHOUVILLE (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr GUILLOT (Lyon), SCHWARTZ (Nîmes).

Nord-Ouest.

MM. COIGNARD (Nantes), RICHER (Vernon).

Sud-Ouest.

MM. DOUZILLÉ (Agen), TORRES (Bordeaux).

COMITÉ SYNDICAL

M. CLASER.

M. ROLLIN, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. D'ARGENT, BILLET, CLASER, DEVOUCOUX.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. LECAUDEY Em. ✵ ✿.

M. POINSOT ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. AUBEAU (Dr), ✪, BERTHAUX, CHRÉTIEN, DEBRAY père, DUGIT père, DUGIT (A), GARDENAT, PILLETTE, WIESNER, ✵, ✪.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements s'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1896

MM. MARTINIER, *président.*
PAPOT, *vice-président.*
Dr ROY, *vice-président.*

MM. D'ARGENT, *secrétaire général.*
JEAY, *secrétaire des séances.*
LOUP, *secrétaire des séances.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES

MM. LECAUDEY et POINSOT.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Tous les médecins, dentistes, mécaniciens dentistes, fournisseurs pour dentistes, ainsi que les personnes étrangères à la profession, sont admis *membres titulaires élus* de la Société après un travail présenté et accepté intéressant l'odontologie (art et science dentaire).

Adresser les demandes d'admission, avec le travail en question, au secrétaire général, 4, rue Turgot.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Dr ROY, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

L'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions après trois années de scolarité, par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves mécaniciens dentistes désirant obtenir le brevet spécial qu'elle décerne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Président-Directeur.

G. Viau, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Jeay, Secrétaire adjoint.
Bonnard, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, Président-Directeur.
P. Poinsot, —

A. Aubeau. — **P. Chrétien**. — **Debray**. — **Dugit père**. — **A. Dugit**. — **F. Gardenat**. — **Dr Kuhn**. — **E. Pillette**. — **A. Ronnet**. — **Wiesner**.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, I, Dr en médecine.
P. Poinsot, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard (O. I.), chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), DEVOUCOUX, FANTON-TOUVET (Ed.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, BILLET, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, FRESNEL — D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF, JACOWSKI, JEAY, MARTIN, PAULME, STEVENIN — D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

16e ANNÉE. N° 8. AOUT 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3.

L'ODONTOLOGIE

LE CONGRÈS DE NANCY

Avec un succès égal au Congrès de Bordeaux, le Congrès de Nancy vient de clore ses séances. On verra par le compte rendu succinct qui en est donné plus loin que les communications qui ont été faites étaient des plus intéressantes et des plus variées, de même que les démonstrations pratiques.

Ce nous est un grand plaisir de pouvoir constater à nouveau ici la réussite des Congrès dentaires nationaux, de ces assises professionnelles dont notre regretté directeur et ami Paul Dubois s'était fait le vaillant propagateur. L'abondance des travaux qui y sont présentés montre assez leur utilité au point de vue scientifique, et les rapports si cordiaux qui ont l'occasion de s'établir entre les confrères qui s'y trouvent réunis, montrent assez leur utilité au point de vue des intérêts professionnels.

Souhaitons donc un égal succès aux Congrès qui suivront et qui seront un bon prélude du grand Congrès international qui se tiendra à Paris en 1900.

Dr Maurice Roy.

DISCOURS DE M. GASCUEL.

Nous sommes heureux de pouvoir donner dès aujourd'hui le texte du remarquable discours de M. Gascuel, recteur de l'Université de Nancy, prononcé à l'ouverture du Congrès.

Messieurs,

Je n'ai pas cru devoir décliner l'invitation gracieuse que m'a faite le comité nancéen d'ouvrir aujourd'hui le deuxième Congrès dentaire national. Mon incompétence aurait dû éveiller mes scrupules, m'avertir du péril de cette présidence, fût-elle honoraire, puisqu'elle m'expose à prendre la parole, en étranger, dans cette docte assemblée où vous n'êtes réunis que pour vous entretenir des intérêts et de l'avenir de votre profession. Mais j'ai pensé que des souhaits cordiaux de bienvenue dans notre belle capitale lorraine avaient chance d'être agréés par vous, quand même une bouche profane en serait l'interprète, et surtout j'ai voulu voir dans le choix que vous avez fait du chef de l'Université lorraine, en même

temps qu'un hommage à la science que cette Université représente, l'indication implicite de la direction dans laquelle vous prétendez orienter vos efforts et votre organisation future.

La sympathie la plus légitime, j'allais dire la plus intéressée, est d'avance acquise à l'œuvre que vous avez entreprise et qui a pour objet le relèvement et la réglementation de la profession de dentiste. Elle a cela pour elle qu'elle ne doit rien à personne qu'à vous-mêmes, qu'elle est sortie de votre initiative privée et qu'aucun patronage officiel n'a présidé à sa conception — heureuse aventure dans un pays où chacun s'habitue trop à compter sur l'Etat et à tout attendre de lui ! (Applaudissements.) En ce qui vous concerne, l'Etat n'est intervenu que sollicité par vous, et c'est grâce à une série de tentatives particulières, patiemment et intelligemment poursuivies, que vous avez enfin abouti à cette sorte de reconnaissance officielle et légale qu'a consacrée la loi de novembre 1892. (Applaudissements.)

C'est qu'en effet, messieurs, l'histoire de votre profession offre de singulières surprises. Croirait-on que, dans notre société centralisée, si méticuleusement administrée, où chaque profession est entourée par la loi, protégée et parfois gênée par une si luxuriante forêt de règlements, circulaires, instructions, vous seuls ou presque seuls avez été oubliés? Croirait-on que vous ayez pu échapper à l'œil perspicace et dominateur du Premier Consul, en train de refondre la société nouvelle avec les débris de l'ancienne, et que la loi de ventôse an XI ne vous connaît pas? L'ancien régime du moins n'avait pas eu de vous cette ignorance qui ressemble à du dédain ; il imposait aux praticiens une manière d'examen probatoire devant les chirurgiens du roi. Pour vous la Révolution fut vraiment libératrice, puisqu'elle conféra à votre profession la liberté absolue. En fûtes-vous plus heureux? Hélas! la liberté a ses pièges et ses dangers, et vous n'y avez pas échappé. Il en fut de vous comme de ces peuples trop émancipés chez qui la liberté dégénère aisément en licence. Chacun se précipita dans les cadres rompus de cette corporation qui n'était défendue par aucune barrière ; le premier venu, avec beaucoup d'aplomb et quelque habileté de main, se crut apte à faire un bon dentiste. Le public faisait les frais de ces inexpériences parfois meurtrières. Mais de l'excès du mal devait venir le remède.

Vous-mêmes avez senti la nécessité de réagir contre ce laisser-faire compromettant et de protester contre d'humiliantes promiscuités, de vous concerter, d'esquisser un plan d'organisation, de chercher des garanties et des répondants. Vous vous êtes inquiétés de ce qui se passait hors de nos frontières. En tout pays, la France exceptée, vous avez vu l'art dentaire relevé par l'étude scientifique, protégé par un stage salutaire dans des écoles spéciales. Il vous était d'ailleurs difficile de fermer plus longtemps les yeux sur la lucrative concurrence que vous faisaient, à Paris et dans nos principales villes, les praticiens étrangers, vous évinçant peu à peu par la supériorité de leur pratique et de leur technique de la confiance

des malades et des patients. Ces concurrents vous ont montré la route à suivre pour regagner le terrain perdu. L'Allemagne compte dans la plupart de ses universités des chaires d'odontologie ; l'Autriche n'a guère pour dentistes que des docteurs en médecine ; l'Angleterre possède de sérieuses écoles dentaires. Les Américains, qui passent, il est vrai, pour avoir les plus mauvaises dents des deux mondes, ont fondé des instituts qui forment les plus ingénieux praticiens. A leur exemple le besoin chez nous a fini par créer l'organe. Dès 1880 se fondait à Paris un institut dentaire recommandé par des patronages éminents et délivrant des diplômes appréciés. D'efforts en efforts et malgré la lenteur de la procédure parlementaire, vous avez réussi à faire voter la loi de 1892, qui est proprement votre charte d'institution. Elle ne permet la profession de dentiste qu'aux docteurs et aux officiers de santé et aux personnes munies d'un diplôme délivré par une faculté de médecine ou une école préparatoire. Vous avez fait vous-mêmes votre révolution et vous avez vous mêmes conquis vos droits. Le législateur s'est borné à sanctionner les leçons que l'expérience de la liberté vous avait apprises. (Applaudissements.)

C'est qu'en effet l'art dentaire ne consiste pas tout entier dans une habileté de main que donne la nature et que la pratique finit par acquérir. Cet art est aussi une science, et nulle science n'existe par elle-même et dans l'isolement. La vôtre confine de très près à la chirurgie et à la médecine ; elle est une branche légitime d'un tronc commun. Si l'unité physiologique de l'homme n'est pas un vain mot, si l'œuvre de la formation et de la désagrégation de la dent est liée à la constitution intime du corps humain et exerce une influence directe sur sa santé générale, le praticien véritablement digne de ce nom ne peut rester étranger à l'anatomie, à la pathologie générale, à l'étude des nerfs et des os, à la thérapeutique. L'hygiène de la bouche réclame la connaissance de la bactériologie. Votre technique appelle le maniement des substances les plus dangereuses : le chloroforme, la cocaïne, l'arsenic, qui demandent à être dosées avec d'infinies précautions, suivant la constitution, la force, l'âge des patients. N'ai-je pas lu quelque part que la qualité de la dentition variait suivant les climats, qu'il est des régions favorisées où les dents sont naturellement blanches et saines, et d'autres plus spécialement vouées aux caries précoces et autres misères physiologiques de la bouche ? Il y aurait donc une sorte de géographie dentaire dont on m'assure que quelqu'un de vous s'occupe à dresser la carte. Enfin nul n'ignore que, grâce aux progrès de la science médicale, certains chirurgiens usent aujourd'hui des opérations jugées inabordables, comme la restauration du maxillaire, pour lesquels ils ont besoin du concours de spécialistes éminents de l'art dentaire. Plusieurs de ceux qui m'écoutent se sont illustrés par ces coopérations, qui relèvent de la science la plus haute et la plus rare. (Applaudissements.)

Tous ces faits justifient amplement les garanties obligatoires que vous avez voulues pour l'exercice de votre profession et qui sont

désormais inscrites dans la loi. En même temps qu'une sauvegarde pour le public, elles constituent vos titres les plus précieux à sa confiance et à sa considération.

Enfin comme nul ne peut se flatter d'avoir atteint d'emblée la perfection, comme le progrès ne s'arrête pas et renouvelle sans cesse les questions qu'on croyait résolues, vous avez institué ces congrès nationaux. Ils vous permettent de vous connaître, de vous concerter, de discuter en de savantes réunions les problèmes qui intéressent soit votre science, soit votre statut professionnel. Ils ne manqueront certes pas de sitôt à vos méditations. Et d'abord quelle forme sera définitivement adoptée pour votre enseignement? Sera-t-il, comme en Allemagne, donné par les universités nouvelles, comme y est déjà donné l'enseignement général de la médecine, ou les dentistes se formeront-ils dans des instituts spéciaux sous le contrôle et la sanction des jurys d'Etat? L'avenir en décidera, préparé et déterminé par les vœux que vous formulerez dans vos congrès. Ceux-ci ont encore d'autres objets d'une utilité plus immédiate: ils servent non seulement à répandre les procédés nouveaux, les progrès réalisés, que la parole illustre et précise, mieux que ne saurait le faire l'écriture, mais encore de la connaissance directe de la personne ils empruntent une autorité, une certitude, une force de conviction et d'adhésion auxquelles un article de revue ne peut prétendre.

Plus tard, quand vous serez de nouveau dispersés, il n'est pas indifférent, à travers les lignes parcourues d'un regard, de percevoir comme le son de la voix, et de retrouver par le souvenir l'attitude et les gestes familiers de l'écrivain. Vous le connaissez par là tout entier et pouvez prendre son exacte mesure.

Messieurs, l'an dernier vous inauguriez l'ère de vos Congrès par la ville de Bordeaux, l'active et généreuse cité où la vie surabonde, pétille dans les yeux, déborde sur les lèvres en éloquentes et sonores paroles, où le ciel et les eaux prodiguent leurs fêtes aux regards. Vous venez aujourd'hui, à l'autre extrémité du sol français, dans cette ville de Nancy, moins active à coup sûr et moins bruyante, mais point banale dans ses atours princiers, élégants et magnifiques. (Applaudissements).

Je m'assure qu'elle vous sera, comme à tous ses visiteurs, hospitalière et cordiale, et que vous emporterez d'elle, quand vos travaux seront terminés, le souvenir aimable et reconnaissant qu'elle gardera de vous. (Applaudissements prolongés.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES DENTS INFECTÉES ET DE LEUR TRAITEMENT

Rapport présenté par M. Choquet au Congrès de Nancy.

Messieurs,

Lorsque nous fûmes chargé par le vote de nos collègues du bureau central de présenter aux membres du Congrès de Nancy un rapport sur les dents infectées et le traitement qu'il faut faire subir à celles-ci, notre impression première fut que nous avions là une magnifique question à traiter.

Nous comptions faire un travail dans lequel nous aurions repris depuis l'origine l'historique de ces dents ainsi que les divers modes de traitements tour à tour employés.

A notre grand regret, nous avons dû restreindre le cadre de ce rapport, vu la quantité innombrable de travaux qui ont été publiés à ce sujet, car il ne s'est pas passé une séance, depuis plus de vingt ans, sans qu'il ait été présenté dans les Sociétés dentaires, aussi bien en France qu'en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, etc., des observations ou des communications ayant trait à un nouveau mode de traitement des dents sans pulpe.

Deux années ne suffiraient certainement pas, pour arriver à réunir en un tout compact dont on pourrait tirer des conclusions absolument sûres, toutes les observations qui ont été présentées et qui sont relatées dans nos journaux professionnels.

Nous n'avons donc pas eu le temps, malgré tout notre bon vouloir, de rédiger un rapport comme nous le comprenons et nous avons dû forcément nous contenter d'indiquer les grandes lignes aussi bien des affections qui peuvent être occasionnées par les dents à pulpe morte que des traitements nécessités pour obtenir la guérison de ces organes malades.

De façon à être aussi clair qu'il est possible, nous avons divisé notre travail de la manière suivante :

1° *Définition de la dent infectée ;*
2° *Ses causes d'infection ;*
3° *Des différentes sortes de décomposition pulpaire ;*
4° *Des accidents consécutifs à cette infection ;*
5° *Des divers modes de traitements employés ;*
6° *Des matières obturatrices utilisées pour l'obturation des racines.*

Envisageons donc séparément chacune de ces questions.

Et tout d'abord : *Qu'est-ce qu'une dent infectée ?*

Si nous considérons le mot infection dans son acception propre, nous basant sur les recherches récentes ayant trait à l'étiologie de la carie dentaire ou tout au moins à l'origine bactérienne de cette altération, de cette destruction des tissus sains de la dent, nous sommes

forcé de reconnaître qu'une dent d'apparence très saine, mais ayant subi un commencement de décalcification de l'émail et présentant une carie du deuxième degré, si minime soit-elle, peut et doit porter, scientifiquement parlant, le nom de dent infectée.

Cette infection, comme nous le savons, suivant qu'elle sera plus ou moins avancée, occasionnera plus ou moins de ravages dans l'organe sur lequel elle se sera localisée, jusqu'au moment où les microbes de la carie, « *si microbes spécifiques il y a* », cheminant dans les canalicules de la dentine, atteindront les parties vives de la dent, c'est-à-dire la pulpe dentaire.

A ce moment, alors que se produiront les premiers symptômes de ce que le malade appelle la rage des dents et que nous autres praticiens dénommons pulpite, à ce moment, disons-nous, la rapidité de l'invasion microbienne se trouvera décuplée, centuplée même, par suite de l'excellent terrain de culture que les microbes rencontreront dans cet organe si délicat et pourtant si parfaitement organisé qu'est la pulpe dentaire, c'est-à-dire humidité, chaleur et matériaux de nutrition essentiellement propres à favoriser le développement des espèces microbiennes.

Et c'est à ce moment, mais à ce moment seul, que l'on devra considérer la dent comme réellement infectée.

A notre avis, pour les causes que nous indiquions plus haut, il serait préférable de ne pas employer, pour l'étude qui nous intéresse, la dénomination de dent infectée et de ne l'appliquer qu'aux dents atteintes de carie du premier ou du deuxième degré. On donnerait dorénavant le nom de *dent pathologique*, pour ne pas créer de confusion, à toute dent dont la pulpe aurait subi une contamination microbienne pour une cause ou pour une autre, ou plutôt à toute dent dont la pulpe ne serait pas dans un état d'intégrité vitale absolument parfait.

De cette façon on ferait une classification bien nette des dents à pulpe vivante et saine et des dents contenant un organe pulpaire atteint soit d'infection microbienne proprement dite, soit de dégénérescence, quelle que soit la nature de cette dernière.

Envisageons maintenant les causes pouvant occasionner la décomposition pulpaire et amener par la suite les complications que nous connaissons tous : pulpite et périostite à leurs différents degrés d'acuité, fluxions, abcès, fistules, kystes radiculaires, nécrose des maxillaires, abcès du sinus, adénites et quelquefois même, mais fort rarement heureusement, la septicémie.

A notre avis, les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas de décomposition pulpaire, bactériologiquement parlant, sont occasionnés par la carie dentaire.

Viennent ensuite :

1° La mise à nu *accidentelle* de la pulpe, surtout chez les sujets jeunes au cours du nettoyage d'une cavité cariée, mise à nu d'où résulte une contamination, soit par l'instrument employé (excavateur, fraise), soit par la salive si le malade vient à fermer la bouche avant que le coiffage ait été fait.

2° Un choc violent sur la dent, ou encore :

2 *bis*. Un choc peu violent mais continuel, par suite d'une articulation défectueuse ou bien par l'habitude qu'ont certaines personnes de couper du fil avec leurs dents.

3° Les obturations intempestives :

A. Aurifications, amalgames placés dans une cavité très profonde avoisinant la pulpe et occasionnant des variations thermiques sensibles, si l'on n'a pas pris la précaution de placer un corps isolant entre cette obturation et la partie de la dent sur laquelle elle repose.

B. Obturations au ciment contenant de trop grandes quantités d'acide.

4° Le contact de liquides antiseptiques, mais acides, pénétrant par capillarité jusqu'à la pulpe dentaire qu'ils viennent mortifier.

De façon à ne pas occasionner d'équivoque, nous nous empressons d'ajouter que nous admettons deux catégories de décomposition pulpaire :

1° La décomposition pulpaire *septique*, à laquelle se rattache la carie dentaire, ainsi que la première de nos classifications ;

2° La décomposition pulpaire *aseptique*, dans laquelle nous ferons entrer les traumatismes violents sur la dent, l'articulation défectueuse, ainsi que l'usage mal compris des obturations et l'emploi de substances caustiques.

Cette classification a pour nous une importance capitale, car, dans le premier cas, cette dent pathologique occasionnera 99 fois sur 100 des accidents inflammatoires consécutifs rapides, tandis que dans le second cas, surtout s'il s'agit d'obturations métalliques comme l'amalgame ou de liquides caustiques comme le chlorure de zinc, l'arsenic, nous aurons bien des chances pour voir cette dent, dont la pulpe est mortifiée, rester indolore pendant des années entières.

Un de nos confrères, M. Chauvin, avait signalé, il y a une dizaine d'années, à la Société d'Odontologie plusieurs cas de dents obturées à l'amalgame ordinaire depuis une vingtaine d'années, dents qui, malgré la décomposition pulpaire, n'avaient jamais occasionné la moindre poussée inflammatoire. Ayant été à même de défaire de semblables obturations, il trouva la pulpe en pleine décomposition, mais c'était une décomposition n'offrant aucun des caractères habituels à cette dernière. Il n'y avait pas d'odeur et l'ensemble se présentait sous forme d'une bouillie blanchâtre.

Notre confrère attribuait (et depuis, les expériences de Miller ont confirmé cette assertion) cette absence d'accidents inflammatoires au contact constant de l'amalgame. Il aurait été fort intéressant de faire l'analyse bactériologique de cas semblables.

Examinons maintenant les accidents qui surviennent à la suite de chacune de ces décompositions pulpaires.

Pour suivre la ligne que nous nous sommes tracée, parlons tout d'abord de la décomposition pulpaire septique occasionnée par la pénétration dans la pulpe des microbes ayant occasionné la carie.

Le malade aura en premier lieu ressenti les phénomènes inhérents à la carie du 2e degré avancé, c'est-à-dire : 1° douleur assez vive en buvant froid et persistant souvent assez longtemps après le contact du liquide sur la couche de dentine ramollie ; 2° sensibilité exagérée au contact d'aliments sucrés, acides ; 3° difficulté de la mastication par suite de la compression que les aliments viennent exercer sur la couche de dentine recouvrant la pulpe. Le malade alors ne mange plus du côté de la mâchoire où se trouve cette dent, et, un beau jour, *sans causes*, il ressent tout d'un coup une légère douleur, comme un battement, dans cette dent. Cette douleur passe et reste quelquefois plusieurs jours sans revenir. Lorsqu'elle se présente de nouveau, le malade ne peut plus supporter ni chaud ni froid, et moins que jamais il peut se servir de sa dent pour triturer ses aliments ; la succion ou même bien souvent le contact seul de la langue lui est douloureux et lui occasionne des crises assez longues et en tous cas très pénibles.

C'est à ce moment que la pulpe a commencé à être envahie par les micro-organismes. Elle essaye de réagir, mais c'est bien rarement qu'elle y arrive, dans une période aussi avancée, et nous pouvons alors diagnostiquer un commencement de pulpite que nous dénommerons *pulpite subaiguë*.

Si, à ce moment, nous venons à l'examiner, nous ne lui trouverons plus cette couleur rose pâle qui caractérise une pulpe saine. Nous la trouverons, au contraire, légèrement congestionnée. Puis, peu à peu, la douleur augmentera, deviendra continue et présentera des exacerbations excessivement douloureuses qui se produiront principalement lorsque le malade prendra la position horizontale.

Il ressentira dans sa dent un battement continuel qui, au fur et à mesure que l'infection pulpaire s'accentuera, présentera en même temps des symptômes assez accentués de périostite. Que l'on vienne à extraire une dent à cette période, qu'on la brise et que l'on examine la pulpe à l'œil nu, on la trouvera rouge, violacée. Examinée au microscope, à un faible grossissement, on trouvera les vaisseaux sanguins dilatés outre mesure et remplis de leucocytes. Si on laisse la décomposition pulpaire suivre son cours, pour peu qu'il vienne à se produire une solution de continuité dans la coiffe de dentine qui recouvre la pulpe, cette dernière en profite immédiatement pour percer au dehors, et insensiblement, au bout de plusieurs jours, comme nous avons été à même de le voir dans trois cas, le malade se trouve soulagé. Il ne ressent plus ces douleurs nocturnes si violentes que nous signalions plus haut. Bien mieux, la décomposition pulpaire semble être complètement enrayée, car, dans un des cas que nous citons, cette hypertrophie pulpaire datait de 6 ans et le malade, interrogé par nous, nous affirmait ne plus avoir ressenti la moindre douleur depuis que la gencive, suivant son expression, *avait pénétré dans sa dent*.

Il se produit sans doute dans ce cas une sorte de phagocytose favorisée par l'hypertrophie de l'organe. A notre avis, il serait intéressant de faire des coupes de semblables hypertrophies. On pour-

rait de cette façon se rendre un compte exact des phénomènes qui se sont produits et qui ont concouru à l'arrêt de la décomposition pulpaire. Quelquefois ces hypertrophies peuvent atteindre un volume énorme et gêner considérablement la mastication.

Reprenant les phénomènes de décomposition pulpaire, s'il ne se produit pas de solution de continuité dans la couche de dentine, et conséquemment pas d'hypertrophie, le malade continuera à souffrir pendant plusieurs jours en accusant cependant une diminution dans la douleur, et en fin de compte il ne s'en plaindra plus.

Dans ce cas, l'organe contaminé n'aura pas été assez puissant pour enrayer la marche de l'invasion microbienne, et, à l'examen d'une pulpe arrivée à ce degré de maladie, on se trouve toujours en présence d'une bouillie noirâtre, infecte la plupart du temps.

Cette décomposition pourra quelquefois rester stationnaire pendant assez longtemps et se localiser dans les canaux radiculaires ; mais, la plupart du temps, l'invasion microbienne continue son œuvre de destruction. La dent se trouve dès ce moment dans un état pathologique avancé.

En effet, d'un côté, avec la privation de son organe pulpaire qui lui facilitait la résistance vis-à-vis de la carie et, d'un autre côté, avec l'infection du canal pulpaire, infection qui va se continuer dans les canalicules de la dentine et à travers l'apex de la racine, cette dent est forcée de se voir atteinte des accidents consécutifs que nous avons signalés antérieurement.

La périostite s'accentuera d'une façon notable. Il sera absolument impossible au malade de fermer complètement la bouche sans éveiller, dans certains cas, des douleurs atroces. Puis, il ressentira de nouveau cette impression de battement qu'il avait éprouvée au cours de la pulpite. Cette dernière s'accentuera, deviendra intolérable, et, après une nuit sans sommeil, le malade se réveillera avec une fluxion.

Que se sera-t-il produit dans ce cas ?

Les microbes ayant occasionné la décomposition de l'organe pulpaire continueront leur travail destructeur. Ils suivront la pulpe jusqu'à l'extrémité apicale de la racine, pénétreront dans l'alvéole en contaminant le périoste et trouveront dans cet endroit un terrain de culture éminemment propre à favoriser leur développement et encore plus favorable que dans la pulpe, où par suite des parois de la dentine, ils ne pouvaient prendre tout leur développement, tandis que dans l'alvéole ils seront à leur aise, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Ils pourront se développer dans tous les sens, gagner jusqu'aux lymphatiques, occasionnant ainsi des adénites quelquefois très graves, et, pour peu qu'une cause quelconque vienne obturer l'apex de la racine, leurs produits de putréfaction ne trouvant plus cette cheminée d'appel naturelle, les gaz s'accumuleront, se répandront dans les tissus, occasionnant ainsi la fluxion et favorisant la formation de collections purulentes souvent très graves.

Si le patient ne veut pas se séparer de cet organe malade, l'in-

fection continuera son chemin. La fluxion, elle, pourrra se résorber au bout d'un laps de temps plus ou moins grand, mais il restera toujours un foyer d'infection qui continuera son travail destructeur, s'attaquant lentement, mais d'une façon continue, au tissu osseux et occasionnant ainsi des nécroses quelquefois épouvantables, nécessitant, pour la guérison radicale, l'extraction, non pas seulement de la dent incriminée, mais bien souvent aussi de séquestres volumineux, entraînant avec eux la perte de dents que l'extraction à temps de la voisine de ces dernières aurait empêchée. Si les abcès du sinus sont si fréquents aujourd'hui, il ne faut pas chercher plus loin la cause qui se trouve tout indiquée.

Bien souvent aussi l'abcès vient à s'ouvrir soit dans la bouche, soit, ce qui est plus rare, à la partie interne de la joue ou encore dans une partie éloignée de l'organisme. Tant que la cause subsistera, c'est-à-dire tant que l'organe malade sera conservé, la fistule persistera, laissant suinter d'une façon plus ou moins forte les produits formés au centre du foyer d'infection.

Quelquefois aussi, les accidents, de locaux comme ceux que nous venons de signaler, peuvent devenir généraux et présenter un caractère excessivement grave. Il se déclare une fièvre intense, de l'adénite excessivement douloureuse, le malade est abattu et présente tous les caractères d'un empoisonnement général du sang. Un de nos confrères, tout récemment, a été à même de nous décrire parfaitement les phénomènes qui se produisent au cours d'une infection occasionnée par des dents pathologiques, soit qu'on laisse celles-ci en place, soit qu'on en fasse l'extraction.

M. Poinsot a signalé, il y a une dizaine d'années, un cas semblable survenu à la suite d'extraction de dents pathologiques, cas dans lequel il était survenu une perte complète de la connaissance ayant duré pendant deux jours et accompagnée de phénomènes de paralysie assez graves.

Port (*Münchener med. Wochenschrift*, 1895, n° 37) fait remarquer qu'étant donné la grande quantité de microorganismes qui pullulent dans la bouche, il est extraordinaire que les extractions dentaires ne soient pas plus fréquemment la source d'infections. Le livre de Miller n'en cite que 60 cas, dont la moitié environ se termina par la mort, tandis que l'autre moitié aboutit à la guérison après un temps plus ou moins long. La mort a généralement été causée par septicémie, pyohémie ou méningite.

Port raconte l'observation d'un homme de 22 ans, vigoureux et bien portant, auquel une personne inexpérimentée enleva avec la clef la première molaire inférieure droite. Cet individu fut pris de fièvre avec manifestations infectieuses et mourut en quatre jours.

L'autopsie révéla la présence, sous la moitié droite du maxillaire inférieur, d'un abcès gros comme un marron, qui fusait à travers les muscles du cou jusque dans le médiastin. Les deux cavités pleurales renfermaient 20 à 30 cc. de pus fétide brun jaunâtre ; la plèvre ne paraissait pas altérée. Le péricarde renfermait également un peu d'exsudat purulent.

L'examen bactériologique du pus recueilli au niveau de l'abcès démontra la présence de streptocoques nombreux associés à des diplocoques et à des bâtonnets. Les diplocoques étaient entourés d'une aréole claire et ressemblaient au microbe de la septicémie salivaire décrit par Miller.

Les mêmes microbes furent retrouvés dans le pus contenu dans la cavité thoracique.

Port termine en donnant aux personnes qui s'occupent d'extractions dentaires des conseils sur l'asepsie et l'antisepsie qu'elles doivent observer, conseils qui ne sont pas inutiles quand on songe à la négligence avec laquelle opèrent certains dentistes.

Nous avons passé en revue les accidents généraux et locaux pouvant survenir à la suite de l'infection pulpaire. Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les microbes qui engendrent de semblables désordres.

Si nous étalons sur une lamelle de verre, au moyen d'une sonde ou d'une tige de platine, une parcelle de pulpe en putréfaction et si, après avoir coloré cette dernière, nous l'examinons au microscope, nous trouvons à l'examen microscopique une quantité énorme de microbes présentant des formes plus ou moins bizarres.

C'est ainsi que nous apercevrons des cocci, des bacilles, des filaments, des spirochètes et principalement une forme de microbe allongé et pointu à chacune de ses extrémités.

Miller, de Berlin, qui, le premier, s'est occupé de la bactériologie de la pulpe dentaire, a bien défini les formes microscopiques que l'on rencontre la plupart du temps dans ce cas.

Il signale la présence constante de gros microcoques, diplocoques et bacilles, mais, par contre, il signale aussi ce fait que la plupart des microbes pyogènes ordinaires, tels que les staphylocoques blanc, jaune, doré, sont presque toujours absents.

Nous sommes d'un avis diamétralement opposé à celui de Miller à cet égard, car, à l'encontre de ce qu'il avance, nous avons séparé assez fréquemment par les méthodes de culture, les microbes ci-dessus indiqués.

Au cours de ses recherches Miller voulut se rendre compte du degré de pathogénie que peuvent posséder ces micro-organismes, et à cet effet il fit toute une série d'inoculations à des souris.

Dans la totalité de ses inoculations, soit 58 cas, il obtint les résultats suivants :

21 souris furent atteintes de phénomènes graves ;

4 moururent de septicémie ;

27 ne présentèrent pas une maladie bien marquée ;

8 ne présentèrent aucun symptôme. Ce travail fut publié en 1888.

En 1894, Miller présenta une nouvelle note beaucoup plus complète, dans laquelle il publia les résultats des essais de culture qu'il avait faits.

Ainsi, sur 85 cas de suppuration de la pulpe, la culture donna :

Cocci. . . . . 33 cas

Bacilles	25 cas
Espèces diverses	18
Néant	9
Sur quatorze pulpes gangréneuses :	
Cocci	7 cas
Bacilles	2
Cocci et bacilles	4
Néant	1
Sur quarante pulpes en putréfaction :	
Cocci	17 cas
Bacilles	6
Cocci et bacilles	9
Néant	8
Sur 17 cas de pulpe enflammée :	
Cocci	4 cas
Bacilles	3
Cocci et bacilles	5
Néant	5

On peut s'étonner, et avec juste raison, du peu de microbes développés dans les milieux de culture, alors que, lorsque l'on fait l'examen microscopique d'une pulpe en putréfaction, on trouve tant de microbes différents. Cela tient sans doute à une sorte d'antagonisme microbien qui est l'équivalent de ce qui se produit, comme nous l'avons signalé au Congrès de Bordeaux, pour la séparation du *leptothrix buccalis*.

Que l'on vienne à ensemencer dans du bouillon nutritif une parcelle de mucus que l'on sait contenir du leptothrix, après culture on ne trouvera pas un seul élément de leptothrix.

Au lieu d'employer du bouillon simple ou du bouillon peptone, faisons l'ensemencement dans du bouillon phéniqué tel que nous l'avons indiqué pour la recherche du *coli bacille* et nous aurons toutes les chances pour obtenir au bout de 2 ou 3 passages en bouillon phéniqué une culture absolument pure de leptothrix buccalis, qui aura résisté au bouillon phéniqué, tandis que les autres espèces auront été détruites ou bien auront vu diminuer leurs propriétés de reproduction.

Comme contre-partie de ce que nous venons d'indiquer, Galippe et Vignac ont réussi à isoler dans des pulpes enflammées, mais sans communication avec l'extérieur, trois espèces de microbes :

Le 1er est le *bactérium termo*, microbe vulgaire de la putréfaction.

Le 2e est un petit bacille extrêmement court auquel ces auteurs ont donné le nom de G.

Le 3e enfin est le staphylocoque doré. Cette découverte de micro-organismes dans des pulpes non en communication avec l'extérieur semble vraiment extraordinaire et tendrait à faire croire qu'il n'existe pas, comme nous le disions plus haut, de décomposition pulpaire aseptique. A quoi tient la présence de ces microbes au milieu de ces pulpes enflammées ? Nous laissons à d'autres le soin de répondre à cette question. Le point capital, c'est que ces espèces ont

été trouvées, non pas par le premier venu, mais par des hommes au courant de toute la technique bactériologique et dont le nom est une garantie pour l'authenticité de la découverte.

Voyons donc, maintenant que nous avons défini aussi rapidement qu'il est possible les diverses sortes d'infection pulpaire, le traitement que nous devrons faire subir aux dents ainsi atteintes, ainsi que les matériaux que nous devrons employer pour l'obturation des racines.

Ceux qui, les premiers, s'occupèrent du traitement des racines et à l'obturation des canaux radiculaires, sont les Drs Maynard et Baker, dentistes américains, qui songèrent à extraire les pulpes en décomposition, à faire le traitement des racines et à obtenir ces dernières avec de l'or.

Leur manière d'opérer ne fut pas imitée immédiatement, car on trouvait long et fastidieux ce procédé et l'on préférait alors ou extraire les dents ou les traiter avec l'acide arsénieux.

Insensiblement Maynard et Baker eurent des adeptes. A la créosote qu'ils employaient comme désinfectant, on substitua l'acide phénique, le chlorure de zinc.

On créa les tire-nerfs, les équarissoirs fins; à l'or employé comme matière obturatrice des canaux, on substitua le plomb, le platine, la plume, le papier, l'oxysulfate de zinc, la gutta-percha, le plâtre de Paris, le vernis sandaraque, le lacto-phosphate de chaux, l'oxyde de zinc et la créosote, matières que, pour la plupart, on emploie encore aujourd'hui. C'est dans cette période que l'on commença aussi à faire du traitement conservateur de la pulpe dans les cas de second degré avancés et les procédés employés alors nous font sourire aujourd'hui, vu le peu de précautions antiseptiques que l'on prenait pour faire ce que l'on appelait les coiffages.

Au fur et à mesure que la bactériologie prenait naissance, on se rendit compte que des matières telles que l'amadou devaient être remplacées par d'autres ne se décomposant pas, et insensiblement on en arriva à opérer pour le traitement de dents pathologiques dans des conditions rigoureusement antiseptiques.

On s'attacha surtout à empêcher la pénétration de la salive dans les canaux radiculaires une fois que le traitement était commencé. On employa la chaleur sèche, seule ou associée à divers médicaments. En un mot on est arrivé à travailler aujourd'hui dans des conditions qui font que celui qui opère ainsi a toutes les chances de son côté pour voir les efforts couronnés de succès.

Quoique vous connaissiez tous, Messieurs, la manière d'opérer dans le traitement des dents pathologiques, nous sommes forcé dans ce rapport de rappeler les procédés les plus couramment employés, en insistant tout particulièrement sur certains points. La première chose à faire, lorsque l'on se trouve en présence d'une carie du quatrième degré, consiste à ouvrir aussi largement qu'il est possible la cavité pulpaire :

1° Pour assurer une pénétration facile des sondes dans les canaux radiculaires ;

2° Pour permettre de déterger le mieux possible, au moyen de la seringue, cette chambre pulpaire des produits de décomposition qui s'y trouvent contenus. Le lavage se fait en général avec de l'eau tiède phéniquée ou alcoolisée.

Une fois la chambre pulpaire débarrassée de ses produits de décomposition, il s'agit de faire subir la même opération aux canaux radiculaires, et c'est ici que se porte tout l'intérêt de la question. On a bien souvent des insuccès dans le traitement de semblables dents et, à notre avis, ces insuccès peuvent tenir à deux causes :

1° Anomalies de forme des racines.

a) Etroitesse.

b) Sinuosités.

c) Concrétions pulpaires.

2° Inoculation des microbes dans le périoste au cours des tentatives de désinfection des canaux radiculaires. Vous savez tous, Messieurs, quelles difficultés nous avons bien souvent à faire pénétrer une sonde, si fine soit-elle, dans les canaux des racines d'une dent en traitement. Cette question a été traitée de main de maître en Angleterre, il y a deux ans, par M. Caush devant la Société Odontologique de la Grande-Bretagne.

D'après cet auteur, et nous sommes absolument partisan des idées qu'il avance, on ne peut jamais affirmer qu'une dent que l'on a traitée, malgré tout le soin qu'on aura apporté à la désinfection, n'occasionnera pas plus tard des accidents inflammatoires.

Tantôt on se trouve en présence d'un canal pulpaire excessivement étroit dans lequel on ne peut faire pénétrer la sonde, si fine soit-elle.

Tantôt c'est un canal aplati à sa partie centrale et présentant en réalité deux conduits pulpaires.

D'autres fois, nous nous trouvons en présence de canaux dont l'ouverture est praticable, mais qui viennent à s'amincir spontanément, à présenter des rétrécissements qu'il est absolument impossible de faire franchir à la sonde.

D'autres fois encore, le canal que nous avons à traiter, tout en présentant des conditions normales de pénétrabilité, s'incurve, se met même quelquefois à angle droit, vers l'extrémité apicale de la racine. Allez donc faire de la désinfection dans de semblables cas ; ou bien, sans faire de désinfection, allez donc enlever totalement les débris pulpaires.

On laissera forcément quelques parcelles en décomposition dans les canaux radiculaires, parcelles qui occasionneront plus tard les accidents que nous avons signalés au début de ce rapport.

On pourra nous objecter avec juste raison que l'on peut parfaitement remédier à ces anomalies de forme radiculaire en élargissant les canaux au moyen de *drills* ou de mèches montées soit sur la machine à fraiser, soit sur un instrument manœuvré à la main. Nous proscrivons complètement l'emploi de semblables instruments, car, avec eux, on ne sait jamais où l'on va, et malgré toutes les pré-

cautions prises, on a bien des chances de les briser dans le canal.

D'un autre côté, les partisans de la trépanation, de l'élargissement des canaux radiculaires font remarquer que cette méthode, employée avec soin, aseptise d'une façon aussi complète qu'il est possible la dentine formant les parois des canaux en enlevant les parties de cette dentine infiltrées par les microbes de la pulpe en putréfaction.

Une autre cause d'accidents inflammatoires consécutifs à la désinfection des canaux radiculaires tient à ce que, sans le vouloir, on traverse l'apex de la racine et l'on va planter dans le périoste la pointe de la sonde chargée du virus en putréfaction. On produit ainsi ce que, en terme de bactériologie, on appelle une inoculation en piqûre et nous sommes absolument de l'avis de notre collègue et ami le Dr Sauvez, qui le premier en a fait la remarque à la Société d'Odontologie : c'est que si, aujourd'hui, nous avons aussi souvent des complications pendant le cours du traitement de dents pathologiques et si nous sommes aussi souvent obligés de recourir à l'extraction, cela tient à ce que l'opérateur fait sans le vouloir une inoculation de produits septiques qui trouvent dans le périoste un terrain essentiellement approprié à leur développement.

Les sondes que l'on emploiera à cet effet devront donc toujours être rigoureusement aseptiques dans la plus large acception possible, c'est-à-dire que celles qui seront utilisées pour un client ne devront jamais être employées pour une autre personne avant d'avoir été soigneusement désinfectées, car, d'après plusieurs observations publiées en Allemagne par Starck, les dents atteintes de carie du 4e degré avec accidents inflammatoires consécutifs peuvent servir de porte d'entrée dans l'organisme au *bacille de Koch*.

On pourrait donc parfaitement inoculer la tuberculose à un patient en se servant de sondes qui auraient été employées primitivement pour un patient tuberculeux.

Mais revenons au traitement des racines. Une fois que la cavité pulpaire a été largement ouverte et que la pénétration de la sonde dans les canaux est parfaite, il faut essayer, au moyen d'un peu de coton monté sur une broche fine, d'enlever les débris pulpaires, mais en ayant bien soin, lorsque l'on fait pénétrer la sonde, de ne pas refouler les produits décomposés à travers l'apex de la racine.

A notre avis, on ne devra jamais faire *piston* avec la mèche de coton, car ce mouvement est presque toujours suivi, au bout de 5 ou 6 heures, d'une poussée de périostite intense occasionnée par la pénétration dans le périoste de produits septiques.

Une fois les débris pulpaires enlevés, il s'agit de faire la désinfection proprement dite des canaux.

C'est cette question que nous aurions voulu traiter complètement à fond ; malheureusement le temps nous a manqué et nous serons forcé de signaler seulement les principaux modes de traitement employés, ainsi que les divers antiseptiques utilisés en pareil cas.

Il a été jusqu'à ce jour institué deux sortes de traitement pour la conservation des dents pathologiques :

1° Le traitement conservateur, qui est représenté par son inventeur Witzel ;

2° Le traitement désinfectant proprement dit, admis aujourd'hui comme le seul rationnel par tout le monde.

En quoi consiste le traitement conservateur? Witzel entend par traitement conservateur toute opération ayant pour but de conserver la vitalité propre d'une dent en lui conservant sa pulpe dentaire.

On peut diviser son procédé opératoire en deux classes :

1° Traitement conservateur de la pulpe entière;

2° Traitement conservateur des faisceaux pulpaires après dévitalisation à l'acide arsénieux et amputation de la pulpe elle-même dans la chambre pulpaire.

Envisageons séparément chacune de ces classifications.

1° Suivant la dent que l'on a à traiter, au cours du nettoyage d'une cavité cariée,on se trouvera en présence d'une couche de dentine ramollie tellement mince qu'une fois le nettoyage de la cavité fait aussi à fond qu'il est possible on apercevra la pulpe par transparence. Ceci se produira dans les dents de sujets jeunes, et principalement sur les grosses et petites molaires, où la pulpe envoie ses cornes assez haut dans la couronne.

Dans ce cas, si de semblables pulpes *n'ont jamais été douloureuses spontanément*, Witzel tente le traitement conservateur, qui s'opère de la façon suivante :

Il place tout d'abord la digue, sèche sa cavité et désinfecte la dentine au moyen d'alcool sublimé, puis il laisse à demeure pendant 24 ou 48 heures un pansement d'acide phénique et de benjoin.

Au bout de ce temps, s'il ne s'est pas produit de douleur, Witzel tente le traitement conservateur proprement dit. Il replace la digue, sèche de nouveau et enlève hardiment la mince couche de dentine à travers laquelle on distingue la pulpe. Puis il touche immédiatement celle-ci avec de l'éther iodoformé au phénol, la coiffe avec une couche de collodion iodoformé qu'il recouvre d'une très mince couche de gutta et enfin, par-dessus, il place une coiffe de métal légèrement chauffée de façon à adhérer immédiatement à la gutta.

Il attend que le tout soit refroidi et fait alors son obturation définitive.

Witzel pose comme condition *sine quâ non* de réussite dans de semblables cas que :

1° La pulpe ainsi traitée n'ait jamais été douloureuse spontanément, soit de jour, soit de nuit ;

2° La couche protectrice et antiseptique soit en contact immédiat avec la pulpe, mais sans exercer aucune pression sur l'organe ;

3° La matière obturatrice pas plus que la coiffe elle-même, ne comprime pas la pulpe, si peu que ce soit.

Il place aussi quelquefois sur la pulpe du ciment iodoformé qui durcit très lentement et recouvre celui-ci avec une petite capsule.

Au résumé, comme on ne connaît pas encore exactement l'étiologie de la carie dentaire et que par conséquent on ignore quels sont les antiseptiques de choix appropriés à chaque espèce de micro-organisme, nous ne voyons pas pourquoi un semblable traitement ne donnerait pas de bons résultats.

Nous avons été à même bien souvent depuis douze ans de nous rendre compte des avantages que l'on peut retirer de la combinaison d'antiseptiques associés au ciment et laissés à demeure sur une couche de dentine ramollie.

Bien souvent nous avons trouvé au bout d'une période de deux ans, un an, six mois même, alors que nous remplacions ces obturations, nous avons trouvé, disons-nous, à la place de la dentine ramollie que nous avions laissée, une couche de dentine très dure, ayant, il est vrai, conservé sa couleur brune primitive, mais présentant tous les caractères de dureté de la dentine secondaire.

Cette méthode nous semble donc devoir donner de bons résultats, car l'alcool sublimé que l'on emploie en premier lieu pour laver la cavité pénètre à travers la dentine et vient en contact avec la pulpe. Nous ne pouvons affirmer que le sublimé qui y est contenu détruise complètement les microbes renfermés dans la couche de dentine ramollie, mais il les place certainement dans un état d'infériorité vitale qui ne leur permet pas de se reproduire normalement. D'un autre côté, l'alcool employé n'est pas caustique pour la pulpe ; il ne peut au contraire que durcir la surface avec laquelle il se trouve en contact et empêcher ainsi la pénétration des microbes de la carie.

Nous croyons bon de faire un petit addendum à cette observation, c'est que l'on devra toujours se servir de rugines flambées en forme de cuiller lorsque l'on enlèvera la portion de dentine ramollie pour mettre l'organe à nu.

Nous sommes d'un avis absolument opposé à celui émis par Witzel, lorsqu'il préconise l'amputation de la pulpe proprement dite et la conservation des prolongements radiculaires.

On arriverait ainsi, soi-disant, à des résultats excellents. Il nous est permis d'en douter, car il y a bien des chances pour qu'une fois l'infection commencée dans une pulpe, soit sur une des cornes, soit à la partie centrale, cette infection se propage avec une rapidité inouïe dans tout le tissu vasculaire.

Etant privés de leur foyer principal d'infection par suite de l'excision de la dentine cariée et surtout par suite de l'amputation du corps même de la pulpe, les vaisseaux vasculaires restant dans les canaux pourront certainement réagir et amener une réaction salutaire que M. Mendel a signalée dans un travail sur la réaction curative de la pulpe dentaire ; mais nous ne devons guère compter sur la nature dans ce cas, car, la plupart du temps, lorsque l'on se décide à faire l'amputation de la pulpe, il y a bien longtemps déjà que l'infection totale a commencé à se produire.

De plus, avant de faire l'amputation, on est obligé, toujours d'après Witzel, de faire la dévitalisation au moyen de l'acide arsénieux et l'on ne peut pas dire :

Le caustique que j'emploie n'agira que sur la partie de la pulpe contenue dans la chambre pulpaire. Suivant le temps que ce pansement restera à demeure, il produira son action destructive.

Paolo Carreras a dit, il est vrai, que, dans les cas de dévitalisation par l'acide arsénieux, il n'y avait pas absorption de cet agent par l'organe avec lequel il se trouve en contact ; mais, supposons qu'il n'y ait pas absorption, il y aura toujours contact au bout d'un certain laps de temps avec toutes les parties de la pulpe, depuis la couche d'odontoblastes contenus dans la chambre pulpaire jusqu'à l'apex de la racine.

S'il n'y a pas absorption dans l'acception propre, comment se fait-il que des dents qui ont été traitées (comme cela se faisait autrefois) par l'acide arsénieux et dans lesquelles on a laissé celui-ci à demeure, comment se fait-il, disons-nous, que ces dents au bout d'un certain nombre de mois, d'années même, viennent à occasionner des désordres graves et que, la plupart du temps, on soit obligé de sacrifier celles-ci ?

Nous pourrions admettre l'amputation de la pulpe, mais à la condition qu'il n'y eût pas dévitalisation préalable, ou bien alors dévitalisation au thermo-cautère de la partie que l'on se propose d'amputer.

Witzel, en tout cas, opère de la façon suivante :

Il commence par appliquer l'acide arsénieux pendant un temps limité d'avance, puis il place la digue et ampute largement la partie centrale de l'organe au moyen d'une fraise propre, bien coupante, qu'il a trempée dans l'acide phénique.

D'après cet auteur, la douleur est nulle, à moins que l'on ne se trouve en présence de dents ayant subi la dégénérescence calcique, cas dans lequel la douleur est assez violente.

Une fois l'amputation faite, il arrête l'hémorrhagie en touchant les portions sectionnées au moyen d'éther phéniqué et iodoformé, place du ciment iodoformé pâteux dans la chambre pulpaire, recouvre celui-ci d'une capsule de métal et termine son obturation.

Cette méthode a été employée pour la première fois en 1881 ou 1882 et nous serions curieux de savoir quels résultats ont donnés des dents obturées d'une façon semblable.

Witzel a trouvé un adepte fervent de son procédé de conservation de la pulpe dans Otto Walkoff, qui a présenté en 1887 un travail très approfondi à ce sujet devant la 25e assemblée générale annuelle des dentistes allemands. A quelques légères modifications près, cet auteur suit exactement le même procédé que celui indiqué par Witzel et dit, lui aussi, être arrivé à d'excellents résultats. Voilà pour le traitement conservateur.

Le traitement désinfectant ou non conservateur embrasse aujourd'hui les 99 °/₀ des dentistes.

Ceux-ci peuvent se diviser, au point de vue de la méthode employée, en deux classes que nous allons essayer de définir :

1° Les partisans du traitement médiat ;

2° Les partisans du traitement et de l'obturation immédiats.

Le premier cas comprend le traitement rationnel, à notre avis, qui consiste à désinfecter progressivement une racine en plusieurs séances plus ou moins espacées ou plus ou moins rapprochées, suivant l'état de la dent et suivant les antiseptiques employés, antiseptiques qui peuvent être de deux sortes, si nous nous plaçons au point de vue chimique : les antiseptiques non coagulants et les antiseptiques coagulants.

Le cadre de ce travail ne nous permet malheureusement pas de nous appesantir sur ces deux classifications qui ont chacune leurs partisans et leurs contradicteurs. Nous ne pouvons que les citer en passant.

Nous pouvons dire néanmoins que, d'après les expériences de Black, Miller et tant d'autres, que l'on tend de plus en plus à employer les essences volatiles comme désinfectants et que les résultats annoncés sont excellents.

Le second cas comprend la désinfection rapide des canaux radiculaires en une seule séance, ainsi que l'obturation immédiate. Citons parmi ceux-ci le traitement introduit il y a 3 ans dans la pratique par Schreier, de Vienne, et celui préconisé par M. Bonnard au moyen du chloroforme.

Pour notre part, nous sommes absolument partisan du traitement médiat à séances répétées, en prenant nécessairement toutes les précautions requises en pareil cas et en appelant surtout à notre aide l'emploi de la chaleur.

Lorsque le professeur Laplace, il y a une dizaine d'années, fit part de la découverte qu'il avait faite que différents antiseptiques, entre autres le sublimé, chauffés à une certaine température voient leur pouvoir bactéricide augmenter dans des proportions considérables, ce fut un trait de lumière pour bien des praticiens qui essayèrent l'emploi de cette méthode sur des solutions antiseptiques considérées comme très faibles et qui restèrent étonnés des résultats obtenus. Ils utilisèrent tout d'abord des solutions antiseptiques chaudes, qu'ils remplacèrent ensuite par des solutions froides, dont ils élevaient la température au moyen de jets d'air insufflés avec la poire à air chaud. On cherchait principalement et l'on cherche encore aujourd'hui à n'employer dans ce cas que des agents volatils.

Puis, forts de cette connaissance que les antiseptiques employés à chaud possèdent un pouvoir bactéricide beaucoup plus élevé que lorsqu'ils sont employés à froid, on chercha à obtenir une température que la dent pourrait supporter, température grâce à laquelle on aurait une chaleur constante.

C'est alors que, voyant le peu de résultats obtenus par l'emploi de l'électricité qu'avait préconisé M. Poinsot, on créa les injecteurs à air chaud. Citons parmi les inventeurs de ces instruments, MM. Barbe, Brasseur, Telschow, Paulme, etc.

Aujourd'hui, grâce à ces instruments, nous pouvons obtenir une chaleur constante que la dent peut supporter et qui permet de volatiliser les liquides antiseptiques employés.

De nouveaux instruments ont été construits depuis. Citons tout

particulièrement l'injecteur de notre collègue Loup, pouvant donner à volonté de l'eau chaude ou froide ou bien des solutions antiseptiques chaudes pour déterger les cavités.

Citons aussi la seringue à injections radiculaires présentée par M. Amoëdo au Congrès de Bordeaux. C'est un perfectionnement sérieux du compte-gouttes en caoutchouc jadis employé par Witzel pour déposer dans les canaux des dents de la mâchoire inférieure une ou deux gouttes de liquide antiseptique.

Citons enfin les traitements qui ont été préconisés par M. Poinsot pour le traitement des racines par l'électrolyse; celui de M. Godon par l'emploi de sondes galvano-caustiques; les traitements préconisés par M. Bonnard au moyen d'eau chloroformée, par M. Gillard avec le charbon, par Mahé avec l'airol, par M. Legret au moyen de simples lavages d'eau pure, et répétés fréquemment.

Nous voudrions décrire tous ces traitements, mais cela nous est impossible. Nous terminons donc ce rapport en constatant les progrès que la bactériologie et l'antisepsie ont fait faire au traitement des dents pathologiques, persuadé que nous sommes que, d'ici quelques années, l'instrument appelé davier, pour lequel le patient éprouve une si grande répulsion, sera classé au nombre des appareils *autrefois* employés dans l'exercice de l'art dentaire, et qu'il ne trouvera plus son utilité que pour l'extraction des dents de lait.

UN CAS D'ANGINE DE LUDWIG

Observation recueillie par M. Pierre Roy, externe des hôpitaux.

Le 25 juillet 1895, Marie H..., journalière, âgée de 60 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Rayer, lit n° 13, dans le service de M. Talamon. Elle se plaint de la gorge, dont elle souffre depuis une quinzaine de jours. Dans la nuit du 13 juillet elle fut réveillée subitement par une douleur à la gorge, s'accompagnant de gêne de la déglutition, douleur qu'elle différencie cependant de celle que ses maux de gorge précédents lui ont fait éprouver. Cette gêne de la déglutition et de la mastication, provoquant une dysphagie assez intense, a persisté depuis lors, avec quelques rémissions. La malade n'a pas remarqué qu'elle eût de la fièvre. Elle a été consulter un médecin du Bureau de bienfaisance, qui, paraît-il, aurait prononcé le mot de « grenouillette ». Le dimanche 21 seulement, elle a remarqué un gonflement de la région sous-mentale, tuméfaction qui depuis a toujours été en s'accusant.

Le 26 juillet, quand on l'examine, on constate que cette malade a de la fièvre : 38° au matin. On remarque d'abord une tuméfaction très marquée de la région sus-hyoïdienne, médiane, occupant tout l'espace compris entre l'os hyoïde et le bord inférieur du maxillaire inférieur ; ce gonflement est dur, presque ligneux ; il ne s'accompagne ni de rougeur ni d'une douleur très vive.

La malade ouvre la bouche très faiblement et avec beaucoup de

peine ; la langue tirée au dehors est sale, noirâtre ; elle semble surélevée et occupe presque entièrement la cavité buccale, qui est d'ailleurs dans un état de malpropreté très notable. La langue, même lorsqu'elle est déprimée par l'abaisse-langue, ne permet pas d'apercevoir la luette, qui n'apparaît que lorsqu'on fait parler la malade, et vient alors se placer sur la partie postérieure de la face dorsale de la langue, ne semblant plus pouvoir reprendre sa position normale. La luette, les piliers, les amygdales sont d'ailleurs d'aspect normal, ne présentent aucun signe d'angine. Les gencives sont tuméfiées d'une manière très accentuée ; le sillon gingivo-lingual n'existe plus. Le doigt perçoit sous la langue une tumeur ovoïde, médiane, pseudo-fluctuante, pas très douloureuse et facilement limitable latéralement.

En présence de ces différents signes, le diagnostic est assez difficile : le début brusque, la position médiane de cette tumeur pseudo-fluctuante du plancher de la bouche, font rejeter le diagnostic de grenouillette qui aurait été porté, à ce que dit la malade, avant l'apparition de la tuméfaction sous-mentale ; d'autre part, ce gonflement ligneux, sans rougeur, s'accompagnant d'une température assez peu élevée (38°), ne semblait pas en faveur d'un adénophlegmon. Le diagnostic restait donc incertain ; on se résolut à l'expectative, en se contentant d'ordonner des lavages très fréquents de la bouche avec une solution de sublimé à 1 p. 2.000.

Le lendemain, 27, après une insomnie complète, la douleur est plus vive et s'irradie vers l'oreille gauche ; la fièvre qui, la veille au soir, était de 38°, 8, est le matin de 38°, 2 ; le soir : 38°, 8.

28. — M : 38°, 4 ; S : 39°, 5. En présence de cette élévation de la température, on pratique, à la région sus-hyoïdienne, une incision médiane, antéro-postérieure, profonde, entre les génio-hyoïdiens, et dépassant le mylo-hyoïdien, incision qui donne issue à environ 100 grammes d'un pus louable, bien lié, verdâtre. Drainage, pansement.

29. — M : 39°, 4 ; S : 39°. Il y a toujours de la difficulté de déglutition et de mastication ; la malade ouvre la bouche avec peine ; mais la douleur est un peu moins vive.

30. — M : 37°, 9 ; S : 38°, 3. Douleur beaucoup moins vive ; amélioration notable.

31. — M : 38°, 4 ; S : 37°, 5. L'amélioration continue.

1er *août*. — M : 37°, 2 ; S : 37°, 6.

2. — M : 37°, 1 ; S : 37°, 6.

3. — M : 37°, 2 : S : 37°, 5. Les différents symptômes se sont amendés progressivement ; la malade commence à manger.

4. — M : 37°, 4 ; S : 37°, 8.

5. — M : 37°, 4 ; S : 38°. La malade recommence à se plaindre d'une douleur siégeant au plancher de la bouche, à gauche, douleur dont le début semble avoir coïncidé avec la légère recrudescence de la fièvre.

6. — M : 37°, 7 ; S : 38°, 2. La douleur augmente.

7. — M : 38°, 4 ; S : 39°. Le soir, quelque temps après qu'on a

pris cette température de 39°, la malade crache une certaine quantité de pus, mêlé de beaucoup de sang, et éprouve un soulagement immédiat.

8. — M : 37°, 4; S : 37°, 2. Cette défervescence brusque coïncide avec la disparition de la douleur. La malade ouvrant la bouche avec beaucoup de peine, l'examen de la cavité buccale est encore à peu près impossible ; ce rejet de pus doit être attribué sans doute à la formation d'une contre-ouverture, hypothèse d'autant plus vraisemblable que le drain qui assurait l'écoulement par la plaie extérieure avait été retiré quelques jours auparavant.

16. — La température est toujours restée normale ; la malade mange, n'éprouve plus aucune douleur; la plaie extérieure est cicatrisée.

Sortie de l'hôpital.

De l'étude de cette observation, il ressort que le diagnostic, qui était incertain au premier jour, se trouve éclairé par la marche de la température, l'augmentation de la douleur, et enfin l'intervention chirurgicale. On était en effet en présence d'un de ces cas de phlegmon du plancher de la bouche qui ont été décrits sous le nom d'angine de Ludwig : dès le début, le gonflement sous-mental, médian, indiquait par la consistance presque ligneuse que l'on avait affaire à une suppuration non pas superficielle, comme aurait pu l'être celle d'un adéno-phlegmon sous-mental, mais profonde et siégeant probablement dans le plancher de la bouche, hypothèse qui se trouve confirmée par ce fait que l'incision dut dépasser le mylo-hyoïdien, lequel sépare la région sus-hyoïdienne de celle du plancher de la bouche. — Enfin, interrogée avec insistance, la malade se rappelle que, la veille du début brusque de la douleur, une dent, probablement la seconde grosse molaire inférieure, dont elle souffrait depuis quelque temps, est tombée (?) spontanément, pendant le repas; ce renseignement, joint à l'état de malpropreté dans lequel se trouvait sa cavité buccale, semble autoriser à y placer la porte d'entrée de l'infection, qui paraît ainsi, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue clinique, pouvoir être considérée comme un cas de phlegmon du plancher de la bouche, décrit sous le nom d'angine de Ludwig.

CE QUE LE DENTISTE PEUT FAIRE POUR L'ÉTAT

Par M. Geo. Cunningham, de Cambridge[1].

C'est un fait reconnu qu'il est impossible à l'homme de vivre isolé et, dès lors, la douleur et la souffrance n'affectent pas seulement l'individu lui-même, mais, en diminuant ou en détruisant ses facultés de travail, elles ont une influence réelle sur ceux qui l'en-

1. Travail lu à la réunion annuelle de l'Association dentaire britannique tenue à Edimbourg en août 1895.

tourent. La fréquence de la carie cause beaucoup de douleur et de souffrance et, par suite, elle prive l'employeur, principalement le plus grand et le plus riche, l'Etat, de services appréciables, y compris ceux de ses meilleurs serviteurs, les soldats et les marins.

Le développement de l'hygiène publique est certainement un des traits les plus caractéristiques de notre époque ; mais on n'a pas encore reconnu comme il convient l'importance des dents comme éléments affectant la santé. Si l'on parcourt la littérature de l'hygiène actuelle, qu'y trouve-t-on ? Elle est due principalement aux médecins, de sorte que la question des dents dans un livre sur l'hygiène du corps est complètement laissée de côté ou bien elle est traitée avec indifférence et sans soin. On y trouve, par exemple, qu'il n'y a qu'un remède possible contre la parulie, l'extraction.

Eh bien, le premier principe que je désire poser, c'est que le rôle du dentiste n'est pas encore reconnu. Même dans une institution aussi importante, aussi utile et d'ailleurs si intelligemment dirigée que la Société d'hygiène publique (National Health Society), on n'a pas encore eu l'idée de faire appel aux services du dentiste et l'on se contente de ceux du médecin.

Pourtant le soin des dents est une question d'Etat. L'Etat se soucie fort peu de ce que nous pouvons appeler les intérêts commerciaux du médecin ou du dentiste et aucune Société ne peut espérer obtenir de modification de la situation actuelle, à moins qu'elle ne prouve que le but qu'elle poursuit est tout à l'avantage de la population. Cela n'est pas difficile ; mais si l'Association demeure inactive par crainte qu'on ne l'accuse de visées mercantiles, alors la difficulté semble insurmontable. L'action individuelle a donné de bons résultats, mais il faut qu'elle soit appuyée par une action collective, si les vœux que nous formulons dans chaque assemblée générale sont autre chose que des vœux platoniques. Il semble presque inutile d'essayer de provoquer de l'enthousiasme parmi les dentistes et il vaudrait mieux à cet égard s'adresser au public.

Afin de mettre notre rôle en relief, il a été établi une sorte de recensement des dents de la génération future. Cette statistique est suffisamment probante sous certains rapports pour des âges déterminés ; mais les renseignements sont insuffisants pour les enfants plus jeunes et, ce qui est beaucoup plus important, il nous faut une statistique des enfants plus âgés et des adultes jeunes.

Nous avons besoin d'un groupe d'hommes à même de relater l'histoire de l'homme et de la femme adultes pour établir ce que nous savons bien, à savoir que, si les enfants sont privés de soins de 7 à 9 ans ou bien de 10 à 12 ans au plus tard, ils perdent immanquablement leurs dents et ont recours à des moyens artificiels coûteux ou bien continuent leur vie avec un pouvoir de mastication affaibli.

Les traits principaux de notre enquête collective peuvent se déduire d'une étude attentive du tableau B dans lequel les résultats généraux de l'examen des dents de 8.175 garçons et filles des écoles anglaises et écossaises sont donnés dans des colonnes parallèles, groupés par période de 3 années à partir de l'âge de 4 ans et classés

dans chaque colonne en subdivisions montrant la qualité moyenne de la dentition dans chaque période.

AGE	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	QUALITÉ
Nombre d'enfants examinés........	744	1716	3071	2376	268	8175
Dents saines (point de carie).........	23,8	14,2	16,1	14,1	6,4	Bonne
Dents temporaires défectueuses.....	67,4	43,3	18,3	5,1	0,1	Incertaine
Dents permanentes défectueuses :						
1 à 4..............	8,8	41,5	55,9	51,9	37,3	Passable
5 à 8..............	»	1,9	8,5	22,9	32,6	Mauvaise
9 ou plus..........	»	»	1,2	6	23,6	Très mauvaise
	100	100	100	100	100	

La diminution de la catégorie *bonne* (dents saines, point de carie), l'augmentation précoce et rapide et la chute brusque de la catégorie *passable* (1 à 4 dents permanentes cariées ou perdues), l'augmentation constante de la catégorie *mauvaise* (5 à 8 dents cariées), enfin la croissance tardive mais brusque de la catégorie *très mauvaise* (9 dents cariées ou plus) sont frappantes et instructives, car elles démontrent l'inévitable augmentation de la carie des dents à mesure que l'âge avance et la nécessité d'un traitement pendant les trois premières périodes. Ce tableau donne toute l'histoire de la dentition moyenne, c'est-à-dire de la cinquième à la septième année.

Si nous avions des tableaux semblables pour les adultes, nous trouverions probablement que la catégorie *bonne* diminue lentement, de façon à devenir une quantité insignifiante, quoiqu'elle ne disparaisse jamais complètement ; nous trouverions que la catégorie *passable* diminue rapidement pendant un temps et plus tard plus lentement, avec un chiffre constamment élevé ; nous trouverions que la catégorie *mauvaise* dépasse le maximum de la catégorie *bonne*, puis atteint ce maximum et diminue lentement ; enfin que la catégorie *très mauvaise* dépasse la catégorie *mauvaise*, mais ne diminue point.

Ce tableau montre qu'après tout une petite portion seulement de la population se trouve de bonne heure (vers l'âge de 15 ans) éden-

tée. Si les dentistes qui ont examiné les dents de ces enfants avaient eu la faculté d'obturer et de sauver, comme cela est possible, toutes ou presque toutes les dents de la classe *mauvaise*, en les rendant bonnes artificiellement, quelle quantité considérable de souffrances ils auraient épargnées à l'individu, quelle augmentation de force et de santé ils auraient apportée à la collectivité ! Quelques-unes des dents de ces enfants ont heureusement été soignées aux frais de l'Etat pour un prix presque insignifiant. Combien il est fâcheux dès lors qu'un capital physiologique irremplaçable soit sacrifié à cause du manque d'un petit capital d'argent renouvelable et bien employé !

Il est regrettable que nous n'ayons pas de statistique semblable sur l'état des dents des enfants irlandais. Il serait pourtant intéressant de la comparer avec celle des enfants écossais, ne serait-ce que pour savoir si les pommes de terre rendent les dents meilleures que la soupe.

En tant que contribuable je payerai volontiers ma part d'impôt si l'Etat veut se charger de tous les enfants qui ne peuvent pas payer un dentiste et les envoyer chez un dentiste de l'Etat pour soigner leurs dents, et j'agirais ainsi pour bien des raisons. Si nous connaissons une maladie qu'on puisse éviter, il est absurde de ne pas faire quelque chose pour cela.

Nous avons des enfants élevés dans des écoles qui dépendent plus ou moins de l'Etat, où ils sont élevés, nourris, habillés et instruits, mais il est rare qu'un dentiste y soit attaché. Je prétends qu'un dentiste doit y être attaché, mais non pas comme cela avait lieu autrefois et a malheureusement encore lieu maintenant. Si je traite un peu cette question aujourd'hui, c'est parce que j'ai souffert d'une façon que le temps n'effacera jamais. Je suis un ancien élève d'une des plus grandes écoles d'Edimbourg et je ne me souviens que trop bien de la première connaissance que je fis de la dentisterie. Nous avions un dentiste qui est mort en odeur de sainteté dans sa profession et auquel on a décerné de grands éloges dans les journaux. Il était employé par une institution qui avait tant d'argent qu'elle ne savait qu'en faire et qui lui donnait l'énorme somme de 125 fr. par an. Nous étions conduits en troupe par le portier chez ledit dentiste et je ne sais que trop bien ce qui arrivait. Vous pensez peut-être que ce dentiste opérait lui-même ? Erreur. Il tirait de larges profits des élèves qu'il formait chez lui, et comme il fallait assurer de la besogne à leurs mains d'apprentis, nos mâchoires étaient confiées à leurs soins, qui ne dépassaient jamais l'extraction. Vous étonnerez-vous que j'ai eu pendant des années un préjugé contre la dentisterie telle qu'elle était pratiquée ? Nous avions aussi, attaché à notre lit, un petit sac contenant notre peigne et notre brosse à cheveux avec une petite poche pour la brosse à dents, mais celle-ci était absente.

D'autres personnes en étaient responsables, c'est vrai, mais le principal coupable relativement à cette négligence était le dentiste chargé de nous soigner.

Si un dentiste ne se trouve pas suffisamment rémunéré, qu'il se démette de ses fonctions. J'ai une liste de dentistes attachés aux écoles de la ville de Londres, nominations que nous devons en grande partie à la Commission scolaire et à l'influence personnelle de certains membres de l'Association. Je déconseillerais cependant fortement d'accepter les services gratuits de certains dentistes appartenant d'ordinaire à la catégorie de ceux qui font de la réclame. Dans cette liste les honoraires varient de 625 à 2500 francs ; les dentistes nommés plus récemment ont tous des émoluments raisonnables.

En examinant les rapports de ces écoles, il serait aisé de noter celles où ces émoluments sont moindres, car dans ces écoles on n'y pratique probablement pas autre chose que l'extraction. Les enfants sont amenés chez le dentiste, comme de mon temps, et ne connaissent l'acier trempé que sous forme de davier, tandis que dans les écoles où les honoraires sont élevés, les dents sont sauvées par l'obturation. Il est bon d'agir ainsi dans l'intérêt de l'enfant pauvre, mais il est bon de le faire aussi dans l'intérêt de l'Etat.

La presse médicale a longtemps soutenu le principe que l'Etat n'a pas le droit de réclamer à la profession médicale un travail non payé au profit du bien public ou si mal payé que c'est comme s'il ne l'était point. On a soutenu le principe que, si l'Etat a besoin des services d'un expert, il ne doit pas les recevoir sans les payer. L'Etat admet ce principe pour toutes les professions, excepté pour la profession médicale. La reconnaissance par l'Etat des experts médicaux, tout insuffisante qu'elle soit, n'en existe pas moins ; mais la reconnaissance par l'Etat de l'expert dentiste n'existe pas du tout et continuera de ne pas exister, à moins que la profession dentaire ne fasse entendre sa voix, comme la profession médicale le fait, quoique dans l'intérêt du public cette voix doive être plus forte et plus hardie qu'elle ne l'est.

En abordant la question de la reconnaissance par l'Etat, on ne peut pas éviter de parler de l'armée et de la marine. Il est de la plus haute importance que nos services soient bien recrutés et puissent fournir le maximum d'utilité. Comme vous pourriez supposer qu'il n'est pas difficile de trouver des recrues, je vous renverrai au rapport de l'Inspecteur général, en y ajoutant quelques indications. Dans chaque rapport nous constatons qu'on accepte 30 0/0 des hommes ne présentant pas les conditions réglementaires. On y voit qu'un régiment gallois est envoyé à grands frais en tournée dans le pays de Galles pour y chercher des recrues. Même en Ecosse on a envoyé un régiment de highlanders aux Hébrides et dans les contrées voisines pour y trouver des recrues. Tout cela, c'est fort bien ; mais pourquoi les fonctionnaires de l'Etat ignoreraient-ils les moyens par lesquels le dentiste peut augmenter le nombre de ses recrues ? Le service médical de l'armée ne profite pas de cette aide, bien que celui de la marine y recoure depuis quelques années, non sans profit ; ce dernier fait soigner les dents de ses recrues par le Dental Hospital de Londres. Je diffère d'opi-

nion sur ce point avec beaucoup de membres de l'Association, parce que j'estime qu'il n'est pas juste de confier les recrues aux étudiants, que les défenseurs du pays doivent recevoir les meilleurs soins du praticien dûment qualifié et qu'aucun hôpital ne doit entrer à cet égard en compétition avec ses étudiants d'autrefois.

Mais l'assistance du dentiste n'est demandée par la marine que dans une faible mesure et, malgré des améliorations récentes, il reste beaucoup à faire dans cet ordre d'idées pour étendre l'action des dentistes sur toute la flotte et assurer à nos marins des dents saines avant qu'ils soient envoyés au loin pour que leurs souffrances soient moindres, pour que leurs médecins soient dispensés d'une tâche au-dessus de leurs moyens et pour que des dépenses inutiles soient évitées au pays.

Certaines gens reconnaissent bien la nécessité d'assurer un service dentaire et dans l'armée et dans la marine, l'opinion publique s'en préoccupe peu à peu et quelques journaux publient des articles dans ce sens.

Pour en revenir aux écoles, il ne suffira pas d'attacher un dentiste à chacune d'elles, quand il y a tant de dents cariées, et de s'attendre à ce qu'en un jour par semaine il mette en état les dents de tous les enfants. Le dentiste d'école doit être autorisé à employer un assistant temporaire qui donnerait ses soins régulièrement chaque jour pendant plusieurs semaines jusqu'à ce que toutes les dents de tous les enfants fussent en bonne condition. Le temps du dentiste attitré serait complètement occupé à empêcher les ravages de la carie et à mettre en bon état les dents des élèves nouveaux. Notre secrétaire, avec la coopération de M. Baldwin, a examiné très soigneusement la bouche de 500 jeunes gens du bateau-école *Exmouth*. Comme suite à leur rapport, le Conseil des asiles de la capitale a étudié la question de la nomination d'un dentiste et a décidé à titre d'essai, pour une période de 3 mois, à raison d'un jour par semaine, d'attacher un dentiste à cet établissement avec une indemnité de 2500 francs par an. A la fin des trois mois le dentiste fut renommé pour une nouvelle période de trois mois ; il devait visiter le navire trois jours par semaine pour soigner les dents des jeunes gens, moyennant une rémunération supplémentaire de 78 fr. par semaine.

Pendant les 11 derniers mois, le dentiste en question a fait 95 visites, soit dans le navire, soit à l'infirmerie, et a examiné 795 jeunes gens. Sur ce nombre 202 avaient des bouches saines en ce qui concerne les dents permanentes, soit 25,63 0/0 ; mais les dents temporaires de quelques-uns ont besoin d'être avulsées et la plupart d'entre eux ont besoin d'un nettoyage. Sur les 587 autres, 898 dents ont eu des obturations, 164 dents permanentes et 180 dents temporaires ont été enlevées.

Dans son rapport, le surveillant général dit : « Je n'hésite pas à déclarer qu'il y a eu une diminution notable des maux de dents parmi les élèves pendant la dernière année. Plusieurs ont pu entrer dans la marine et dans l'armée qui n'y auraient certainement pas

été admis si leurs dents n'avaient pas été soignées par le dentiste. En résumé, une amélioration marquée dans l'aspect des jeunes gens et l'absence du mal de dents, tels sont les résultats des services du chirurgien-dentiste ».

Avec des nominations de ce genre, on peut s'attendre à des résultats semblables, sinon meilleurs. C'est donc mon plus fervent désir que toute l'influence de l'Association soit mise en œuvre pour obtenir la solution de cette importante question. Il faut avoir le courage de notre opinion et déclarer hardiment ces faits aux fonctionnaires compétents. Si ces derniers en doutent, nous réclamerons une enquête et nous déclarerons, au nom de la collectivité, que, s'ils sont réunis, on les reconnaîtra pour si importants qu'il faudra y avoir égard. On a fait quelque chose dans la marine, mais on peut faire beaucoup plus, car non-seulement nous pouvons augmenter le nombre des recrues de l'armée et de la marine, mais, quand ces recrues entrent au service, nous pouvons veiller à ce que leur dentition soit maintenue en parfait état. L'homme mérite toute notre attention, mérite d'être conservé, car il est la meilleure partie de notre machine de guerre. Nos canons ne peuvent pas faire feu s'il n'y a pas derrière eux des hommes bien portants ; c'est pour cela que nous prétendons que ces hommes, y compris leurs dents, doivent être conservés avec leur maximum d'utilité, et surtout depuis que le marin moderne est devenu une production très dispendieuse, car nous avons à le former depuis sa jeunesse. Il faut plusieurs années pour cela et une dépense de 5.000 francs par homme pour lui enseigner les éléments de son métier.

Il serait aisé de formuler des arguments également puissants pour faire reconnaître le dentiste comme le collaborateur du médecin quand il s'agit d'améliorer la santé et, par suite, l'utilité de nos agents civils. Un règlement relativement récent a été fait pour fermer la carrière des postes aux jeunes gens à mauvaises dents. Ce service est tellement en contact avec le public que pendant plusieurs années il a admis des femmes dans son personnel médical.

Notre marine n'est pas une menace, mais notre meilleur et notre plus fort moyen de défense. Ce que la marine est pour l'Etat, les dents le sont pour l'homme. Il en résulte que la question de ce que le dentiste peut faire pour l'Etat n'aura jamais de solution complète tant que la profession n'aura pas prouvé que son art n'est pas un luxe pour les gens riches, mais une nécessité pour le travailleur journalier. L'avenir de notre race dépend même plus de notre armée industrielle que de notre armée et de notre marine. Ne peut-on rien faire pour ses recrues? La durée moyenne de la vie de la classe salariée est, dit-on, de 1/3, dans certains cas de 1/2 plus courte que celle des individus aisés de la même nation, vivant sous le même climat et sur le même sol. Est-il admissible qu'à notre époque civilisée le travailleur soit condamné aux souffrances physiques et à une mort prématurée? Si, comme c'est ma conviction, le dentiste peut contribuer à modifier cet état de choses en le soulageant d'une certaine douleur et d'une certaine souffrance, et en le rendant ainsi

plus apte à livrer la cruelle bataille de la vie, il est tenu, en tant qu'individu et comme membre de sa profession, de provoquer toute mesure tendant à améliorer ces conditions fâcheuses.

Notre cause est bonne et juste, soutenons-la ouvertement ; le public jugera, et si le Gouvernement l'écoutait froidement et sans intérêt, cela n'en serait peut-être que meilleur. En aucun cas nous ne saurions échouer, car nous aurons fait quelque chose pour créer cette opinion publique bien fondée qui est l'avant-coureur du succès.

Les intérêts de la collectivité sont supérieurs à ceux d'une profession ; le premier devoir du dentiste, comme de tout autre membre de l'Etat, est d'être un bon citoyen et il peut le mieux prouver la nature de son civisme en exposant hardiment devant chaque partie de la collectivité tout ce que la corporation peut faire pour la collectivité tout entière.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

LE CONGRÈS DE NANCY.

Le deuxième Congrès dentaire national est terminé et nous croyons que les lecteurs de l'*Odontologie* nous sauront gré de leur donner, en attendant mieux, un léger aperçu de l'intérêt qu'a présenté cette grande réunion.

Si Paul Dubois, l'organisateur des Congrès dentaires en France, n'avait pas été enlevé à l'affection de sa famille et à celle de ses collègues du monde entier par le terrible accident que l'on connaît, il aurait été certainement heureux d'applaudir aux résultats obtenus, car il aurait pu se dire avec juste raison : Je me suis donné bien du mal pour sortir mes collègues de leur apathie en leur inculquant le goût des grandes assises professionnelles qui se tiennent chaque année à l'étranger, mais je suis largement récompensé, car je vois que la petite graine que j'avais semée a porté ses fruits.

Oui, les Congrès dentaires sont aujourd'hui fermement établis. D'après les résultats obtenus cette année, tant au point de vue de l'affluence de nos confrères qu'au point de vue des communications présentées, nous pouvons sans crainte ajouter à notre devise: *Union, Progrès*, celle d'*Excelsior.*

Avant de parler des travaux du Congrès, nous ne pouvons faire autrement que de remercier, au nom de la Société d'Odontologie, les Nancéiens et surtout le président du Bureau local, le si sympathique Dr Rosenthal, de l'accueil plus que chaleureux qu'ils avaient réservé aux congressistes.

On vantait autrefois l'hospitalité écossaise ; mais la réception qui nous était réservée à Nancy la belle, ce bijou ciselé et guilloché sur toutes ses faces, fait que dorénavant nos collègues, lorsqu'ils vou-

dront parler d'une réception aussi franche que cordiale, diront : une réception nancéienne. Et ce sera tout dire !

Merci donc aux Nancéiens, au président du Bureau local, au vice-président, M. Barthélemy, et au secrétaire général, M. Huron, et à tout ce Bureau de leur si charmant accueil. Nous sommes gens de revue maintenant, et nous espérons à notre tour, lors du Congrès international qui se tiendra à Paris en 1900, leur prouver que nous n'oublions pas.

Le mercredi 12, le Bureau local offrait aux congressistes, à l'hôtel de l'Europe, un punch de bienvenue, empreint de la plus grande cordialité.

Des confrères de toutes les régions de la France s'étaient donné rendez-vous dans la belle cité lorraine. Il en était venu de Paris, Rouen, Lyon, Lille, Nîmes, Constantine, Strasbourg, Metz, Colmar, etc. Une seule partie de la France, précisément celle où s'était tenu le premier Congrès dentaire français, s'était abstenue en masse. Pour quelle raison ? Nous ne voulons pas le savoir ; mais tous les Congressistes, y compris le président du Congrès, le Dr Guénard, de Bordeaux, président de la Société des Dentistes du Sud-Ouest, ont vivement ressenti cette abstention. Espérons que l'année prochaine, à Lyon, nos confrères bordelais auront à cœur d'effacer la mauvaise impression produite et que nous pourrons nous retrouver et renouer les excellentes relations contractées l'année dernière.

L'étranger nous avait aussi envoyé quelques délégués. Citons le Dr Walker, président de la Société Odontologique de New-York, qui, de passage à Paris, s'était fait un devoir d'assister à notre Congrès et nous savons pertinemment qu'il emporte de cette réunion une excellente impression. La Suisse était représentée par M. de Trey fils, dont tous les congressistes ont remarqué la dextérité et l'habileté comme aurificateur. La Suède nous avait envoyé, M. Sjöberg, rédacteur en chef de *l'Odontologisk*, de Stockholm, dont nous avions pu apprécier déjà le tact et la courtoisie lors du banquet de la Tour Eiffel.

Malgré les abstentions dont nous parlons plus haut, le jour de la séance d'ouverture, nous étions cent vingt, réunis dans le grand amphithéâtre de l'Institut anatomique que la Faculté de médecine avait mis gracieusement à notre disposition, grâce au Dr Rosenthal, à qui l'on ne saurait adresser trop de remerciements.

Après un discours très applaudi de M. Gascuel, recteur de l'Université de Nancy, discours dans lequel il voulut bien nous témoigner ses encouragements et nous féliciter des résultats obtenus, la parole fut donnée au président du Bureau local, le Dr Rosenthal, puis au président officiel du Congrès, le Dr Guénard, de Bordeaux, enfin au président du Bureau central, notre excellent ami le Dr Sauvez.

L'un et l'autre, en quelques paroles brillantes et imagées, nous ont engagés à persévérer dans la voie suivie jusqu'à ce jour.

Puis, à l'unanimité, le vénéré directeur honoraire de l'École dentaire de Paris, M. Lecaudey, fut élu président honoraire, ainsi que MM. Godon et Michaëls. Tous les trois prirent place au Bureau. Sur la proposition du Dr Sauvez, le secrétaire général fut chargé à

l'unanimité d'adresser à Mme Vve Dubois une lettre l'assurant de toute notre sympathie pour la perte douloureuse que nous avons faite dans la personne de son mari.

La parole fut alors donnée à M. Michaëls, qui présenta à l'assemblée émerveillée les résultats des opérations de prothèse qu'il avait faites avec le Dr Péan et qui lui ont valu une récompense si méritée, la croix de la Légion d'honneur. Plusieurs professeurs et chirurgiens de la Faculté de Nancy qui se trouvaient dans l'auditoire, entre autres le savant Dr Bernheim, ont été très frappés des résultats obtenus. Inutile d'ajouter que, lorsque M. Michaëls termina sa communication, une triple salve d'applaudissements vint lui prouver combien ses travaux étaient appréciés.

Il fut ensuite procédé à la nomination du bureau régional. Un déjeuner offert à l'hôtel de l'Europe par M. Lecaudey aux membres du Bureau du Congrès termina la matinée.

Après quelques communications orales, dont une sur la galvanoplastie appliquée à l'art dentaire de M. le Dr Hamer, d'Amsterdam, présentée par M. Godon, l'après-midi fut consacré en grande partie à une séance de projections et à une conférence faite par M. Michaëls sur différents caractères pathologiques de la dent et des maxillaires. L'heure étant assez avancée, de nombreuses présentations et communications furent renvoyées au lendemain matin.

Le soir, punch offert par le Bureau central. La plus franche gaîté ne cessa de régner pendant cette soirée, où de véritables artistes charmèrent les congressistes par leur voix et par leur répertoire.

Le 14, au matin, sur la proposition du secrétaire général, qui fit remarquer que le meeting annuel de nos confrères anglais avait lieu aux mêmes dates que notre Congrès, il fut décidé, à l'unanimité, qu'un télégramme de félicitations serait adressé au président, ainsi qu'aux congressistes anglais. Ce télégramme fut envoyé, signé des noms des présidents officiels et honoraires, ainsi que de celui du secrétaire général, et, quelques heures plus tard, nous recevions une charmante réponse du président, le Dr Frédéric Canton, nous adressant, au nom de tous les congressistes anglais, l'assurance de sa sympathie et le regret de ne pouvoir nous trouver tous réunis.

La séance du matin fut entièrement consacrée à des démonstrations pratiques: aurifications avec l'or Solila par M. le Dr de Trey fils, différentes sortes d'anesthésiques par M. le Dr Sauvez, traitement immédiat des dents mortes par M. Amoëdo, présentation d'une tablette antiseptique par M. Godon, puis, visite à l'exposition des fournisseurs où l'on put admirer les innovations et améliorations apportées dans notre matériel opératoire.

L'après-midi, M. Lecaudey présenta une note fort intéressante sur la pyorrhée alvéolaire ; M. Monnin, une communication sur la chirurgie dentaire dans l'armée ; M Heïdé, sur l'emploi de tiges et de plaquettes d'or pour l'obturation des racines ; le secrétaire général du Congrès, un travail sur l'histologie normale et pathologique de la dent avec projections ; M. Sjöberg, un travail sur la prothèse rhinoplastique ; M. le Dr Rosenthal fils, sur les hémor-

rhagies consécutives aux extractions. Beaucoup d'autres communications dont nous ne pouvons donner ici le détail, mais qui seront publiées au fur et à mesure dans chaque numéro de *l'Odontologie*, furent également présentées.

Entre temps, un élève de l'Ecole dentaire de Paris, photographe émérite, M. Barthélemy, photographiait en groupe tous les congressistes.

Le soir, banquet de cent couverts où régna un réel courant de sympathie parmi tous les membres présents. Combien de discours furent prononcés? Nous ne nous le rappelons plus et nous sommes un peu excusable. Citons cependant, MM. Lecaudey, Dr Guénard, Godon, Dr Rosenthal, Dr Sauvez, le président de l'Association générale des dentistes de France, M. Papot, le rédacteur en chef de ce journal, Dr Roy, le secrétaire général du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, M. Stévenin.

Le lendemain les congressistes se réunissaient pour la dernière fois à l'Institut anatomique afin d'entendre les dernières communications parmi lesquelles nous devons noter celles de M. Chouville, de Saint-Quentin, sur les ciments en art dentaire, du Dr Hugenschmidt sur la périodontite expulsive, etc., etc.

Nous voudrions tout décrire, mais cela nous est impossible et nous prions les confrères dont les noms ne sont pas cités de nous en excuser. Il leur sera rendu justice en temps et lieu.

On procéda alors au choix de la ville où doit se tenir le prochain Congrès, et Lyon fut désigné à la presque unanimité. Puis le nouveau bureau fut élu.

Les Présidents prononcèrent alors leurs discours de clôture, en remerciant les congressistes des travaux présentés et en les engageant à se trouver de nouveau ensemble à Lyon en 1897.

Au moment où l'on se séparait, le bureau reçut un nouveau télégramme des congressistes anglais, nous assurant de toute leur sympathie et déplorant comme nous l'absence du fondateur des Congrès dentaires français, Paul Dubois. Il fut répondu immédiatement à cette dépêche pour remercier nos confrères anglais de leur délicate attention et leur adresser nos meilleurs souhaits de réussite.

Notre tâche est terminée pour aujourd'hui.

Merci à vous tous, chers confrères qui êtes venus nous apporter le concours de vos lumières et de votre expérience; merci au bureau local, à M. le Dr Rosenthal, à MM. Barthélemy, Huron, Chouville, Lee, etc.; merci à notre si sympathique ami le Dr Sauvez pour l'activité qu'il a déployée dans cette occasion ; merci à la belle ville de Nancy, et à l'année prochaine, à Lyon.

Le secrétaire général,
CHOQUET.

CONGRÈS DE NANCY.

SOMMAIRE DES SÉANCES

Séances du matin.

Jeudi 13 août, à 9 heures.

Première partie.

1° Allocution du Président du Bureau local ;
2° Discours du Président du Congrès ;
3° Discours de M. le Recteur de l'Université ;
4° Rapport du Bureau central.

Deuxième partie.

Présentation d'appareils destinés à réparer les pertes de substance de squelette, par M. Michaëls.

Troisième partie.

Election du Bureau non régional.

Vendredi et samedi, de 8 heures 1/2 à 11 heures.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Aurifications avec l'or Solila................	DE TREY fils.
Anesthésie par le bromure d'éthyle et les divers procédés..............................	Dr E. SAUVEZ.
Traitement immédiat des dents mortes.........	AMOËDO.
Présentation de la malade déjà vue à Bordeaux et à la Société d'Odontologie (*Greffe remontant à 18 mois*).........................	AMOËDO.
Présentation d'appareils électriques divers. Anesthésie par l'électricité..................	KLINGELFUS.
Des tubes de bois pour les dents à pivot.......	Dr ROSENTHAL.
Présentation de moulages d'anomalies.........	HURON.
Aurifications par différents procédés...........	Dr ROSENTHAL.
Présentation d'un modèle de tablette dentaire...	GODON.
Présentation de modèle de prognathisme du maxillaire inférieur.......................	THIBAULT.
Anesthésie par la cocaïne......................	VIAU.

Samedi matin, de 11 heures à midi,

Séance de clôture.

Séances de l'après-midi.

Jeudi 13 août, à 2 heures.

COMMUNICATIONS ORALES

Des applications de la galvanoplastie pour la confection des plaques bases métalliques........	Dr HAMER, d'Asmterdam, présentée par C. GODON.
De l'emploi du thermo-cautère pour sécher les canaux dentaires...........................	H. PAULME présentée par C. GODON.
De la pyorrhée alvéolaire....................	LECAUDEY.
Obturation des racines au moyen de tiges et de plaquettes d'or...........................	HEÏDÉ.
Projections: Des affections dentaires dans quelques maladies des mâchoires (*ostéite, nécrose phosphorée, cancer*).	MICHAËLS.
Projections: Histologie normale et pathologique des dents................	CHOQUET.
Examen microscopique des dents greffées avec insuccès................................	CHOQUET.
Rapport sur la chirurgie dentaire dans l'armée.	MONNIN.
Note sur un redressement de deux incisives centrales en rétroversion, compliquées de rotation sur l'axe...	SCHWARTZ.
Des mutilations ethniques chez les sauvages....	HESS.
Observation d'un enfant né avec une dent......	Dr ROSENTHAL.

Question à l'ordre du jour.

Contribution à l'étude de la greffe dentaire. Rapporteur:...........................	LOUP.

Vendredi 14 août, à 1 heure 1/2.

COMMUNICATIONS ORALES

De la carie dentaire chez les animaux........	STÉVENIN.
Des ciments............................	CHOUVILLE.
Des hémorragies dentaires................	Dr ROSENTHAL fils.
Projections: Projections micro-photographiques. Présentation de dents humaines fossiles préhistoriques..................	MICHAËLS.
Traitement de la périodontite expulsive......	HUGENSCHMIDT, présentée par le Dr E. SAUVEZ.
Exposé théorique de l'extraction des dents...	GODON et SERRES.

Considération sur les associations microbiennes de la carie dentaire........................ CHOQUET.
Des indications des diverses anesthésies en art dentaire................................ Dr SAUVEZ.

Question à l'ordre du jour.

Des dents infectées et de leur traitement. Rapporteur :............................ CHOQUET.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Séance du 7 juillet 1896.

Présidence M. le Dr QUEUDOT.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Vignot présente un moule en cire reproduisant une anomalie de dent de sagesse.

M. Franchette fait une communication relativement à des instruments très anciens présentés pour être déposés au Musée de l'Ecole par M. Stéphane de Keszycki, chirurgien-dentiste à Paris. Ces instruments, qui sont une grossière ébauche de la clef de Garengeot, devaient vraisemblablement servir à ébranler les dents avant de les extraire avec un autre instrument. Ils ont été trouvés dans le grand-duché de Posen, au milieu de quelques pièces de monnaie de l'époque d'Auguste-le-Fort, roi de Pologne, lequel régnait en 1563 ; ces objets ont dû être enterrés à l'époque des guerres entre la Suède et la Pologne ; ils étaient enfouis à une certaine profondeur au milieu d'un champ de pommes de terre.

M. Amoëdo présente un malade opéré d'un sarcome du maxillaire inférieur par le professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu ; ce malade porte l'appareil définitif qui lui a été appliqué par M. Amoëdo, à l'issue de l'opération.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

Séance du 16 mars 1896.

Présidence de M. MAGITOT, président.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

M. Testelin présente, au nom de *M. Bourdalle*, un nouveau chlorométhyleur.

L'appareil, parfaitement étanche et d'un maniement facile, est constitué par un récipient métallique résistant à 12 atmosphères de pression. Dans le récipient se trouve une ampoule contenant le liquide réfrigérant. L'ampoule s'ouvre dans une tubulure qui con-

tient un système de fermeture hermétique qui schématiquement est le suivant : dans un cône creux tronqué vient s'emboîter un cône plein, creusé d'un canal central s'ouvrant sur les parois du cône. Ce cône est basé sur un tourillon qui permet, par suite d'un pas de vis, d'élever et d'abaisser le cône et par conséquent d'ouvrir et de fermer le système.

Le liquide employé est un mélange de 6 parties de chlorure de méthyle et de 4 parties d'oxyde de méthyle. Ce mélange se vaporise à 0°.

Cet appareil, dont il fait usage depuis un mois, lui a donné d'excellents résultats : l'anesthésie locale est très rapidement obtenue (en moins d'une demi-minute) et jamais il n'a eu à constater la formation d'eschares.

Il présente également, de la part de M. *Bourdalle*, un flacon en verre à orifices capillaires multiples. Ce flacon présente trois ouvertures: l'une pour la pulvérisation, les deux autres pour le jet filiforme et le jet moyen ; le tube est facilement remplissable.

Le liquide employé est composé de 9 parties d'oyxde de méthyde et de 1 partie de chlorure de méthyle. Il bout à 6°. Il est destiné aux mêmes usages que le chloro-méthyleur.

M. Saladin fait une communication sur la *stérilisation par la chaleur des racines des dents malades.*

M. Frey présente une *observation d'arthrite aiguë temporo-maxillaire avec symptômes de pseudo-accidents de dent de sagesse.*

En janvier dernier je fus appelé auprès d'un de mes clients, que je trouvai dans l'état suivant : visage pâle, amaigri, impossibilité absolue d'ouvrir la bouche, haleine extrêmement fétide, déglutition des plus pénibles et 39° de fièvre ; gonflement assez léger de la joue à droite et engorgement ganglionnaire notable de ce côté.

Cet état s'était produit subitement un jour avant ma visite, en débutant par un violent mal de gorge, surtout à droite. C'était d'ailleurs à droite qu'il localisait tous ses phénomènes douloureux, à la moindre tentative d'ouverture de la bouche, à la moindre pression sur la région massétérine.

Cet état particulier de cachexie buccale, cet engorgement ganglionnaire à droite, malgré le gonflement de la joue relativement minime, me firent songer immédiatement à un accident de la dent de sagesse inférieure de ce côté, avec angine consécutive. Mais je me rappelai que l'année dernière j'avais extrait cette dent, très cariée.

Dans l'impossibilité de faire un diagnostic précis, je commençai par ordonner une antisepsie buccale intense.

Le lendemain le malade ouvrait légèrement la bouche, assez pour me permettre de constater l'absence de toute carie des molaires à droite, soit en haut, soit en bas ; l'angine diminuait, le gonflement ganglionnaire également. La température le matin était encore de 38°, mais dès ce jour-là je pus nettement constater que la localisation douloureuse la plus intense avait lieu au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, soit quand mon malade essayait d'ouvrir la bouche, soit à la pression avec le doigt. Cette douleur se propageait à tout le masséter et remontait dans la région temporale.

Je savais mon malade sujet à des attaques de rhumatisme articulaire

aigu, le diagnostic devenait facile : *il s'agissait d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, ayant débuté par une angine, s'étant localisée à une articulation temporo-maxillaire, et ayant entraîné des symptômes de pseudo-accidents de dent de sagesse.*

D'accord avec le médecin traitant, j'ordonnai du salicylate de soude à hautes doses, 6 grammes par jour. La guérison fut très rapide ; le soir même la température était normale. Et après deux jours de traitement l'articulation n'était plus douloureuse, les mouvements étaient seulement entravés par une certaine impotence du muscle masséter.

La séance est levée à 10 heures et demie.

(Revue de stomatologie.)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE.

Assemblée générale annuelle du 1er juin 1896.

Présidence de M. David HEPBURN.

Il est procédé à la nomination du bureau pour l'année 1896-97.

M. Robert Woodhouse est élu président.

M. Storer Bennett présente, de la part de M. Morton Smale, deux spécimens de pathologie dentaire comparée.

Le premier est un crâne de gorille femelle, offrant à la partie interne du maxillaire une certaine étendue de résorption alvéolaire.

Le second cas est aussi un crâne de gorille femelle, sur le maxillaire duquel on peut remarquer l'absence de deux molaires, ainsi qu'une forte nécrose du bord alvéolaire et des alvéoles, tandis que du côté opposé les première et seconde grosses molaires et la seconde prémolaire sont absentes.

M. Boyd Wallis présente un plateau pour recuire l'or à aurifier. Ce plateau est échauffé par l'électricité. La lampe employée à cet effet a été préparée spécialement par MM. Edison et Swann ; c'est une lampe de 100 volts ayant une puissance d'éclairage de 32 bougies. D'après l'auteur, cette méthode du recuisage de l'or à aurifier est surtout recommandable et utile pour l'or en éponge.

M. Washbourn lit, en son nom et au nom de M. Goadby, un travail intitulé : *Quelques considérations sur les microbes de la bouche.*

Les auteurs ont été frappés de la fréquence de la présence du streptocoque dans la bouche et ils ont fait un certain nombre d'expériences à ce sujet, aussi bien sur des sujets sains que chez des personnes malades.

Ils ont examiné un bacille possédant tous les caractères morphologiques microscopiques que Miller a accordés au leptothrix buccalis maximus, lequel diffère du bacillus buccalis maximus en ce qu'il ne se colore pas par l'iode. Suivant MM. Washbourn et Goadby, le pneumocoque se montre plus fréquemment que le bacille de la diphtérie. Par rapport à ce dernier ce même bacille se rencontre assez souvent soit dans la bouche de personnes saines,

soit dans celle de personnes ayant été atteintes de fièvre scarlatine.

Ils ont aussi trouvé en assez grande quantité les streptococcus pyogenes aureus (?) et les streptococcus pyogenes.

Les auteurs entrent alors dans quelques considérations sur le degré de résistance que peut présenter l'organisme à l'invasion microbienne, ainsi qu'à la fréquence de la présence des microbes dans la bouche, fréquence qui varie suivant les auteurs des recherches.

Ainsi, pour quelques expérimentateurs le streptocoque se rencontre fréquemment dans la bouche ; pour d'autres, au contraire, on ne l'y rencontre que quelquefois ; d'autres, enfin, soutiennent que l'on trouve très fréquemment dans la bouche un streptocoque non pathogène qui est une espèce absolument distincte du streptocoque de l'érysipèle.

Les auteurs terminent par les conclusions suivantes portant sur le streptocoque qu'ils ont trouvé dans la bouche :

1° Cette espèce inoculée aux lapins et aux souris n'est pas pathogène ;

2° Elle forme un trouble apparent et égal partout dans les bouillons de culture ;

3° Elle coagule le lait et forme beaucoup plus d'acide que le streptocoque long ;

4° Les coccus qui composent les chapelets sont beaucoup plus petits ; de même que, lorsqu'on cultive cette espèce en bouillon, les chaînettes sont beaucoup plus courtes.

MM. Durham et *Packes* font remarquer les précautions qu'on doit prendre pour la désinfection des instruments de cabinet, vu le degré de pathogénie que possèdent certains microbes.

M. Mummery rappelle à ce sujet le cas signalé par le Dr Galippe, dans lequel il se déclara une endocardite qui, d'après les recherches de M. Galippe, n'avait eu que la bouche pour point de départ. Il ajoute que les caractères morphologiques des microbes varient du tout au tout suivant la composition des milieux dans lesquels ils sont encemencés.

MM. Washbourn et *Goadby* répondent à ces remarques.

J. C.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Séance du 13 *mai* 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Ronnet, Jacowski, Hervochon.

Excusés : MM. Bonnard, Bertaux, Dubrac.
Sans excuse : MM. Chauvin et Rollin.
Les candidatures de MM. Dumora, A. Dutou et Seigle, de Bordeaux, R. Vidal, de Perpignan, et Goldschmidt, de Paris, sont mises aux voix et adoptées.
La correspondance comprend une demande de congé de M. Dubrac.

Séance du 15 juin 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Jacowski, Rollin, Ronnet, Hervochon.
Excusés : MM. Bonnard, Bertaux, Dubrac.
Sans excuse : M. Chauvin.
Les candidatures de MM. Poteau, de Vitré, parrains MM. Charpentier et Thomson; et Sorré, 33, rue du Commerce, à Paris, parrains : MM. Viau et Stévenin, sont mises à l'ordre du jour de la séance de juillet.
Affaires judiciaires. — M. D. à Paris, usurpation du titre de docteur, a été condamné par défaut à 100 fr. d'amende et 50 fr. de dommages et intérêts.
M. W. R. à Paris, même délit, a été condamné à 100 fr. d'amende et 50 fr. de dommages et intérêts.
Des poursuites sont décidées contre M. X., de Saumur : exercice illégal avec usurpation du titre de dentiste.
Des plaintes seront adressées au Parquet contre M. L., de Langon, exercice illégal, et M. P., de Paris, usurpation de titre.
Une nouvelle pétition sera adressée au Garde des sceaux, relativement aux fonctions d'expert devant les tribunaux.
Le conseil, après avoir entendu les explications d'un confrère, victime d'un déni de justice, décide que Mlle V. n'a pas démérité et lui donne son appui moral.
Une commission est chargée de préparer un projet de règlement intérieur et de révision des statuts.
MM. de Marion, Stévenin et Ronnet sont chargés de faire des démarches auprès des présidents ou directeurs des Sociétés ou Ecoles dentaires pour obtenir leur adhésion à la fête du cinquantième anniversaire de la découverte de l'anesthésie.

Séance du 22 juin 1896.

Présidence de M. Ronnet.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Ronnet, Jacowski, Rollin, Hervochon.
Excusés : MM. Bertaux et Dubrac.
Sans excuse : MM. Chauvin et Bonnard.
M. de Marion étant souffrant prie M. Ronnet de présider la séance.

Discussion du rapport de la commission chargée d'étudier la révision des statuts et d'élaborer un règlement intérieur.

Le texte adopté sera autographié et adressé aux membres du Syndicat qui seront en même temps convoqués en assemblée générale pour le 22 juillet.

Séance du 17 *juillet* 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents: MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Rollin, Ronnet, Hervochon.

Excusés: MM. Jacowski, Dubrac, Bertaux, Bonnard.

Sans excuse: M. Chauvin.

Les conseils judiciaires sont présents à la séance, ainsi que M. Loup, syndiqué, régulièrement convoqué.

Les candidatures de MM. Poteau, de Vitré, et Sorré, de Paris, sont mises aux voix et adoptées.

Affaires judiciaires. — Plainte sera envoyée au Parquet contre M. G., d'Auxerre: emploi d'anesthésique sans la présence d'un médecin.

Cinquantenaire de l'anesthésie. — La commission définitive de la fête du cinquantième anniversaire de l'anesthésie est composée de:

MM. Cornil, Académie de médecine, président.
de Marion, Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Baudoin, Association générale de la Presse médicale.
Reclus, Société de chirurgie.
Picqué, Congrès français de chirurgie.
Lannelongue, Association générale des médecins de France.
Championnière, Presse médicale parisienne.
Petit, Association générale des pharmaciens de France.

Le Syndicat a obtenu déjà l'adhésion de MM. Hélot, Syndicat des dentistes du Nord-Ouest, — Dr Guénard, Société des dentistes du Sud-Ouest, — Schwartz, Association générale des dentistes du Sud-Est, — Godon, Ecole dentaire de Paris, — Damain, Ecole dentaire de France, — Papot, Association générale des dentistes de France, — Sauvez, Congrès dentaire national, — Martinier, Société d'Odontologie, — Dr Queudot, Société odontologique de France.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

Nous avons signalé, à mesure qu'ils se produisaient, les nombreux témoignages de sympathie qui étaient adressés à l'Ecole dentaire de Paris à l'occasion de la mort de notre cher ami Dubois.

Parmi tous ces témoignages, il n'en est certes pas de plus touchant que celui qui vient de nous parvenir et qui est une nouvelle preuve de cette solidarité professionnelle qui unit si étroitement tous ceux qui travaillent au progrès de la science.

A M. Viau.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'avantage de vous remettre sous ce pli, au nom des membres de « *l'American Dental Club of Paris* », la somme de cinq cents francs pour la souscription en faveur de la veuve et des enfants de Paul Dubois. Mes collègues américains me prient d'être leur interprète pour vous dire toute la sympathie que nous éprouvons pour nos confrères français ainsi frappés par la perte d'un de leurs membres les plus distingués.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Pour The American Dental Club of Paris,

J. H. SPAULDING, *président.*

Touchés au plus haut point de cette marque de sympathie, nous adressons aux membres de l'*American Dental Club of Paris* nos bien sincères remerciements, au nom de la veuve et des enfants de notre malheureux confrère et au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

Le comité.

CINQUIÈME LISTE

MM.	Douzillé	Agen	51 fr.	»
	Arlet frères	Corbeny	20	»
	Redier	Reims	5	»
	Dr Barillet	—	10	»
	Lee Henry	—	40	»
	American Dental Club of Paris		500	»
	Cornelsen	Paris	100	»
	Nolda	Hambourg	10	»
		Total	736	»
		Total des listes précédentes	19.151	50
		Total général	19.887 fr.	50

SIXIÈME LISTE

MM.	Wright	Derbyshire	20 fr.	»
	de Otaola	Bilbao	50	»
	Brodhurst	Montluçon	50	»
	Hunziker	Toul	10	»
	Jollibois	Belfort	5	»
	Decker	Luxembourg	10	»
	Potier	Paris	20	»
	Harwood H.-J.	Lyon	10	»
	Tournier-Daille (2e sous.)	Lons-le-Saulnier	10	»
	Lee (2e souscription)	Reims	10	»
		Total	195	»
		Total des listes précédentes	19.887	50
		Total général	20.082 fr.	50

AU RETOUR DU CONGRÈS DE NANCY.

Notre ami Choquet, secrétaire général du Congrès, vient, dans un rapide compte rendu, de tracer pour nos lecteurs le tableau de ces assises professionnelles; mais ce qu'il n'a pu dire, c'est le succès tout personnel qu'il a remporté avec ses projections micrographiques et les chaleureux applaudissements qui ont accueilli ses très intéressants travaux.

Après cette constatation, due au sympathique secrétaire de la rédaction de ce journal, nous voudrions mettre en lumière la dominante du Congrès. Or cette dominante a été l'explosion de sentiments de cordialité, d'union, de tolérance et de justice parmi tous les congressistes. Quel progrès !

Dentistes patentés, dentistes diplômés, docteurs en médecine, tous vibraient à l'unisson ; aussi est-ce à l'unanimité que les vœux suivants ont été émis :

1° *Qu'il ne soit pas contesté aux dentistes patentés le droit de pratiquer l'anesthésie externe, c'est-à-dire de faire de l'anesthésie locale par réfrigération ou application de topiques.*

2° *Que ces mêmes dentistes patentés puissent continuer à prendre le titre de chirurgien-dentiste.*

L'un de nos plus aimables confrères, en même temps qu'un des plus habiles, disait devant nous : « Est-ce qu'après avoir obtenu « mon diplôme (doctorat) j'étais le lendemain meilleur opérateur « que la veille ? Non, ce n'est pas le diplôme qui m'a fait ce que je « suis ! »

Nous sommes dans une période de transition. Parmi ceux qui ont la pratique légale, bon nombre sont d'anciens praticiens qui exercent très honorablement, plusieurs ont été nos maîtres dans nos écoles, beaucoup se sont fait une légitime réputation : pourquoi vouloir les diminuer en leur contestant un titre qu'ils portent depuis longtemps ?

Ceux d'entre nous qui ont subi les nouveaux examens et obtenu légalement le grade de chirurgien-dentiste ne manquent pas d'ajouter à ce titre ces mots : *De la Faculté de médecine de Paris.* Cette adjonction n'est-elle pas suffisante pour les distinguer de leurs confrères non diplômés et sauvegarder leur amour-propre et est-il juste d'exiger davantage ?

Sans vouloir nous immiscer dans la direction d'une société amie, nous soumettons courtoisement ces réflexions à nos confrères du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. Nous les avons approuvés lorsqu'ils réprimaient des manœuvres éhontées, mais ne semble-t-il pas que maintenant ils dépassent un peu le but ?

Nous voudrions qu'ils entendissent la voix des Congressistes de Nancy et que de cette hospitalière cité lorraine se dégageât par toute la France une tolérante solidarité professionnelle.

Nous savons bien ce que l'on peut nous répondre : à la faveur des dispositions transitoires, quelques indignes ont pu se glisser. Qu'importe ? Le temps est un grand niveleur et peu à peu ils disparaî-

tront ; en attendant, cherchons par la continuité de nos études, la dignité et l'honnêteté de notre pratique professionnelle, à nous élever au-dessus d'eux.

Edmond PAPOT,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris,
Président de l'Association générale des dentistes de France.

P. S. *Encore un Syndicat* ! Quelques-uns de nos confrères qui évidemment partagent les sentiments que nous venons d'exprimer, ont cru devoir, par opposition au Syndicat des chirurgiens-dentistes diplômés, fonder le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892. C'est avec surprise que nous avons appris cette fondation, que d'ailleurs nous ne saurions approuver.

Autant nous applaudissons des deux mains à la création de Syndicats régionaux qui, en provoquant des réunions où les confrères d'une même province échangent leurs vues et apprennent à se connaître et à s'estimer, ont le mérite de contribuer au relèvement scientifique et moral de notre profession, autant nous regrettons l'éparpillement inutile des forces professionnelles.

Déjà à Paris nous avions, en outre du Syndicat *fermé* des chirurgiens-dentistes, la Chambre syndicale de la rue de l'Abbaye et la Chambre syndicale de la rue Rochechouart. Ces deux derniers Syndicats admettent dans leur sein tous les dentistes, qu'ils soient diplômés ou non, sous la seule condition d'un bon renom d'honorabilité. Pourquoi un autre groupe ? Ces deux Sociétés ne suffisent-elles pas pour défendre les droits de ceux de leurs membres qui seraient injustement attaqués ? En ce qui concerne l'Association générale des dentistes de France, la question n'a pas été posée. Le mieux n'aurait-il pas été de provoquer une entente entre les deux Syndicats *ouverts* existants ?

Quand donc sera-t-on bien persuadé que le progrès ne marche qu'avec l'union ?

E. P.

BANQUET DE L'ODONTOLOGIE.

Au lendemain de la réorganisation de l'*Odontologie*, il nous a paru nécessaire de nous réunir tous en un dîner avant de nous mettre à la besogne.

Aussi le 31 juillet, à la tour Eiffel, un banquet tout intime, sous la présidence de M. Lecaudey, réunissait les collaborateurs du Journal, ainsi que les membres des bureaux des divers groupements que représente cet organe.

Parmi les personnes présentes citons MM. les Drs Rosenthal, de Nancy, et Bugnot, de Rouen, M. Walker, président du Dental Club de New-York, de passage à Paris, où il était venu apporter à l'Ecole dentaire de Paris une adresse de condoléances de la Société à l'occasion de la mort de notre ancien directeur, M. Sjöberg,

rédacteur en chef de l'*Odontolojisk*, de Stockholm, également de passage à Paris, etc., etc.

Inutile de dire que la plus grande cordialité n'a cessé de régner pendant le repas, à la fin duquel des toasts ont été portés par MM. Godon, le Dr Roy, le Dr Sauvez, le Dr Rosenthal, qui ont bu à la prospérité du journal et l'on s'est séparé en se donnant rendez-vous à quelques jours de là au Congrès de Nancy.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

INFLUENCE DES FIÈVRES SPÉCIFIQUES SUR LA BOUCHE.

Travail lu à la Société des Etudiants au *Dental Hospital* de Londres,

Par M. Harold Austin.

Traduction de M. J. Choquet.

Les maladies des dents en général, tout comme les affections atteignant une partie quelconque de l'organisme, peuvent se diviser : 1° en maladies congénitales ; 2° en maladies acquises.

Les maladies acquises des dents peuvent être idiopathiques ou primaires, ou bien secondaires et provenir d'une perturbation générale de l'économie, donnant naissance à des modifications dans les systèmes nerveux et artériel, qui sont, comme on le sait, en rapport direct avec la vitalité propre de la dent et comme autant de facteurs permettant à cette dernière de résister plus ou moins aux influences adverses externes.

Une dépression physiologique quelconque engendre souvent des modifications absolument caractéristiques dans les sécrétions buccales, ainsi que sur les muqueuses qui tapissent la bouche. C'est ce qui se produit chez les diabétiques, les femmes enceintes, etc. D'un autre côté, il n'y a pas un seul étudiant qui n'ait été à même de rencontrer de ces dents dont les couches d'émail sont disposées en sillons ou encore comme un gâteau de miel, altérations dues la plupart du temps à un usage exagéré du mercure pendant les deux ou trois premières années de la vie, ou bien à des convulsions, ou encore à une attaque exanthémateuse, survenues vers la même époque. Cela me conduit à vous soumettre les remarques que j'ai faites sur l'influence que peuvent avoir sur la bouche et les dents certaines fièvres spécifiques.

Comme dentistes, nous sommes rarement appelés à soigner la bouche de personnes atteintes de maladies infectieuses aiguës. Je doit cependant attirer votre attention ce soir sur certains phénomènes qui se produisent au cours de ces dernières. Quelques-unes ont une répercussion immédiate sur la bouche et les dents. D'autres, au contraire, n'agissent qu'à la longue et forcent le malade, au

bout d'un temps plus ou moins long, à avoir recours à notre ministère.

C'est avec juste raison que l'on peut dire que la plupart des fièvres spécifiques amènent par la suite une sorte de manque de résistance à la pénétration et au développement des agents infectieux. Dans certains cas, les glandes salivaires ne fonctionnent plus comme à l'état normal, provoquant ainsi une sorte de sécheresse excessivement préjudiciable aux dents; les épithéliums buccaux n'étant plus continuellement détergés, lavés par la salive, deviennent pâteux par suite du dépôt à leur surface des microbes contenus dans la cavité buccale. Ceux-ci, trouvant un excellent milieu de culture, se développent rapidement et occasionnent des fermentations acides qui sont encore quelquefois augmentées par une poussée de dyspepsie, laquelle est bien souvent la suite naturelle de cet arrêt dans la sécrétion de la salive. Il n'en faut pas davantage pour favoriser la production de la carie dentaire, car, à la longue, ces fermentations finissent par attaquer, par décalcifier l'émail, offrant ainsi une porte d'entrée aux micro-organismes que contient la cavité buccale à l'état normal. Lorsque cette fièvre spécifique d'origine infectieuse tend à disparaître, la bouche, grâce au rétablissement des fonctions salivaires, tend, de son côté, à recouvrer son degré d'alcalinité ou plutôt de neutralité normale ; mais, pour peu qu'il y ait, comme cela a lieu dans le cours des fièvres intermittentes, une recrudescence d'élévation de la température, les phénomènes ci-dessus indiqués se reproduisent immédiatement.

Parmi les fièvres présentant ce caractère, celle qui offre les symptômes les plus graves, c'est la fièvre typhoïde. Je dois faire ici une remarque pour expliquer à ceux qui ne le savent pas ce que l'on entend par un état typhoïde : la dénomination *typhus* a été réservée depuis Hippocrate à un état pathologique spécial marqué par une diminution notable de l'intelligence, accompagnée d'une sorte de stupeur. Plus tard, ce nom fut réservé à un groupe de maladies caractérisées par une fièvre continue, accompagnée d'une perturbation complète de l'organisme. Et enfin, quand on eut découvert que la plupart des maladies ont pour cause un microbe différent, le nom de typhus fut réservé à ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de fièvre typhoïde. De cette appellation a été tiré le mot *typhoïde*, qui fut alors employé pour définir spécialement un groupe de symptômes semblables en tous points à ceux qui se produisent dans la dernière phase du typhus et que l'on peut aussi rencontrer dans la forme aiguë de beaucoup d'autres maladies, telles que la pneumonie, la septicémie, l'érysipèle, etc. Malheureusement, le public et un certain nombre de membres du corps médical voient dans ce mot de typhoïde l'équivalent de fièvre intestinale, maladie dans laquelle les symptômes de la fièvre typhoïde, quoique communs, ne sont nullement invariables.

Un état typhoïdique, bien que se produisant au cours de nombreuses maladies, se rencontre, je crois, beaucoup plus fréquemment dans le cours aigu de la fièvre scarlatine, de la petite vérole, de l'entérite, etc.

C'est dans ce cas que nous voyons survenir ces troubles buccaux que je vous signalais tout à l'heure, troubles qui ne feront qu'augmenter si l'on ne prend pas de mesures énergiques pour enrayer leur développement. Alors, les lèvres deviennent sèches, noires et crevassées, les dents sont couvertes d'un enduit blanchâtre provenant de l'épithélium en décomposition, la langue est sèche et décolorée, souvent fendue et crevassée, l'haleine horriblement fétide, les gencives sont congestionnées, hypertrophiées, turgescentes.

Il peut aussi se produire de véritables stomatites, soit simples, soit aphteuses. On voit même se développer dans certains cas une adénite violente. Ces symptômes s'observent fréquemment dans les cas graves d'entérite et de typhus, quoique cette dernière maladie se rencontre rarement aujourd'hui dans le sud de l'Angleterre.

Cet état pathologique de la bouche peut également se produire dans des conditions plus ou moins graves en dehors de toute fièvre typhoïde typique.

Quels résultats nuisibles peuvent avoir sur les dents des états pathologiques comme ceux que nous venons de signaler ?

Alors que j'étais chargé, au Western Hospital, du service des entérites, un dentiste attira mon attention sur ce point et, à la suite de sa remarque, je pris l'habitude de passer une inspection générale de la bouche des malades confiés à mes soins. Parmi ceux-ci beaucoup avaient la plupart des dents gâtées ; mais, par suite de l'état de carie avancée de ces dernières, on ne pouvait pas attribuer cette production à la maladie elle-même.

Dans trois ou quatre cas, cependant, je fus à même de remarquer des caries en coup d'ongle au collet de la dent. Ces caries étaient principalement localisées sur les grosses et les petites molaires. Chez une malade de 23 ans en traitement depuis huit mois pour une néphrite consécutive à une entérite, les caries se présentaient sous l'aspect que nous venons d'indiquer, mais avec cette aggravation que les pulpes avaient été mises à nu dans deux grosses molaires inférieures.

J'ai appris depuis par un dentiste de grande expérience qu'il n'est pas rare de rencontrer de semblables cas à la suite d'entérites graves et que les caries se développent alors que le malade a recouvré la santé. C'est ce qui explique pourquoi on rencontre si peu de caries dans les hôpitaux où les malades séjournent relativement peu de temps. Je dois ajouter que dans mon service du Western Hospital, en même temps que l'on faisait la visite du malade, on passait aussi l'inspection de sa bouche. C'est une précaution que l'on devrait toujours prendre dans les cas de fièvre grave et prolongée.

On devrait nettoyer soigneusement chaque jour la langue des malades, de façon à la débarrasser des mucosités qui s'y sont déposées. S'il y avait des fentes et des fissures, celles-ci seraient pansées avec de l'acide borique et de la glycérine ; on empêcherait, autant que cela serait possible, la formation de dépôts mucoïdes au collet des dents ou entre les interstices de ces dernières et, cela fait, on

devrait faire rincer la bouche plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique faible. De semblables mesures ne peuvent que procurer du soulagement au malade.

J'ai essayé autant que faire se peut de vous bien décrire les états pathologiques qui peuvent avoir une influence nuisible sur des dents complètement évoluées; mais comme, au résumé, les fièvres spécifiques infectieuses peuvent tout aussi bien se développer dans le jeune âge, il n'en faut souvent pas davantage pour que ces accidents occasionnent un arrêt de développement des dents en voie de formation. On peut faire une classification rapide des fièvres dont les enfants sont susceptibles d'être atteints : la scarlatine, la rougeole, la variole, auxquelles on peut encore ajouter la diphtérie.

On a émis l'opinion qu'il y a une grande probabilité que les fièvres éruptives qui sont caractérisées par des altérations de la peau et des épithéliums, doivent occasionner des désordres dans tous les organes d'origine épithéliale, y compris les dents.

Dans tous les cas de fièvre spécifique, il y a, surtout si l'attaque est grave et prolongée, une tendance marquée à la desquamation de la peau pendant la convalescence ; en d'autres termes, à ce moment-là, on se trouve en présence d'une nécrose des couches superficielles du tissu épithélial, et ces phénomènes se produisent surtout dans les cas de fièvre scarlatine, où la desquamation est presque toujours (pour ne pas dire toujours) inévitable, formant ainsi un caractère pathognomonique bien net. On rencontre aussi quelquefois des fendillements transversaux des ongles des mains ; mais, d'après mes observations, de semblables phénomènes ne se produisent guère que dans la proportion de 1 sur 5 ou 600.

La desquamation générale du corps qui termine l'accès de fièvre scarlatine est précédée d'une autre desquamation semblable, mais beaucoup plus bénigne, de l'épithélium qui tapisse la cavité buccale. Et cette dernière est beaucoup favorisée par la salive qui, baignant continuellement les parties mortifiées, finit par les ramollir et les détacher. L'endroit où l'on peut le mieux en suivre les progrès se trouve sur la face dorsale de la langue dont les papilles, du troisième au sixième jour de la maladie, se renversent en arrière, laissant apercevoir ainsi une surface d'un rouge vif, parsemée de papilles fungiformes saillantes, ce qui fait que l'on a surnommé judicieusement cet état particulier *strawberry* (langue ressemblant à une fraise).

De ce que nous venons de dire on peut tirer la conclusion qu'un organe comme la dent, qui fait partie de la bouche, se trouve aussi influencé et attaqué dans de semblables conditions. Mais je pense que la carie pourra également provenir, et cela beaucoup plus fréquemment, d'autres conditions pathologiques dans lesquelles la bouche se trouvera au cours d'une fièvre scarlatine. De graves inflammations de la muqueuse buccale peuvent aussi survenir à la suite d'angines, quelle que soit la variété de ces dernières.

On voit bien souvent des angines catarrhales ou pseudo-diphtériques s'étendre aux parties dures et molles de la voûte palatine et

même se continuer sur les gencives du maxillaire supérieur, lorsque l'atteinte a lieu chez de jeunes enfants et que l'accès dure longtemps.

Il n'est pas rare de rencontrer chez des enfants des stomatites ulcéreuses graves, lesquelles se localisent spécialement sur les gencives, mettant quelquefois à nu le maxillaire malheureusement et amenant l'ébranlement des dents par suite de la nécrose de la paroi externe de l'alvéole. Une forme aphteuse plus bénigne et plus superficielle s'observe fréquemment vers la seconde ou la troisième semaine de la maladie, apparaissant du jour au lendemain, mais ne résistant pas à un traitement approprié.

Un troisième type de stomatite ulcéreuse et fongueuse en même temps, ne présentant pas de caractères bien aigus, se rencontre vers la troisième ou la sixième semaine dans la bouche des enfants entrant en convalescence. Il n'y a donc rien d'extraordinaire, lorsque l'on réfléchit bien, qu'au cours de semblables accidents les dents elles-mêmes en subissent le contre-coup et en conservent des marques.

Et cela se produit non seulement pour les dents dont la formation est complète, mais aussi pour les dents permanentes encore incluses dans le maxillaire. C'est pour cette raison que l'on voit bien souvent des personnes, qui ont été atteintes de fièvre scarlatine vers l'âge de cinq ou six ans, présenter sur certaines dents, non encore formées à cette époque, des altérations caractéristiques, et que l'on voit l'éruption de ces dents considérablement retardée par suite des troubles physiologiques survenus dans tout l'organisme.

Quant aux altérations anatomiques de l'émail se produisant dans ce cas, à la suite de certaines fièvres, nous nous souvenons que M. Bennett, dans une précédente réunion de cette société, nous fit part de ses recherches en nous annonçant que, dans les cas de fièvre scarlatine, *les désordres les plus apparents se trouvent localisés dans le réticulum étoilé, tandis que les couches épithéliales interne et externe sont relativement peu atteintes.*

Parlons maintenant de la diphtérie. La diphtérie est une maladie dont les phénomènes buccaux inflammatoires présentent une certaine analogie avec ceux signalés dans la fièvre scarlatine.

Ainsi, il peut se produire de la stomatite simplement pendant la convalescence. La vraie inflammation diphtérique de la langue, des gencives et en règle générale de la membrane qui tapisse la cavité buccale ne se rencontre jamais, à moins qu'il n'y ait *formation de fausses membranes sur les amygdales et le voile du palais.*

Cela est heureusement rare, car, d'après les cas semblables que j'ai eu à traiter, la terminaison de la maladie a toujours été fatale, lorsqu'elle se produisait chez des enfants.

Dans la forme hémorragique fatale de la maladie, les gencives sont fréquemment spongieuses, saignent abondamment et au moindre contact ; dans bien des cas, l'état de la bouche est tellement épouvantable qu'il m'est impossible d'en donner une description, car il n'y a pas d'expressions capables de décrire ce que l'on voit.

Mais, dans ce cas, nous ne pouvons que constater, car la mortalité est toujours de cent pour cent [1].

Les effets de la rougeole sur la bouche, quant aux inflammations locales, sont bien moins graves que ceux observés dans la fièvre scarlatine et dans la diphtérie.

Les lésions de la gorge sont légères et disparaissent rapidement, sauf quand plusieurs maladies se développent en même temps.

Il survient quelquefois une stomatite simple ou quelques légères ulcérations pendant la convalescence, mais quelquefois aussi, chez les enfants malingres, chétifs et débilités, il peut se produire la gangrène ou *noma*. Les livres classiques nous apprennent que la rougeole favorise plus que la scarlatine les anomalies des dents connues sous le nom d'érosion en gâteau de miel.

Cette remarque, quoique paraissant contraire aux faits que nous avons mentionnés, peut cependant s'expliquer en partie par la fréquence beaucoup plus grande de la rougeole chez de très jeunes enfants (un à deux ans) et en même temps par le manque de résistance qu'offrent ces derniers.

Dans la variole les troubles buccaux, quand il y en a, sont excessivement bénins.

Outre les processus par lesquels les fièvres spécifiques que nous avons signalées peuvent agir directement ou indirectement sur les dents, il y a encore une autre cause dont nous devons parler. C'est la nécrose de la mâchoire qui survient assez fréquemment à la suite de certaines fièvres, mais principalement à la suite de la fièvre scarlatine. Je ne vous entretiendrai donc que des cas pouvant se produire à la suite de cette dernière, car il ne m'a pas encore été donné de voir un semblable exemple à la suite d'une autre fièvre.

La nécrose de la mâchoire n'est pas, fort heureusement, une complication inhérente à la fièvre scarlatine. Elle ne se produit guère, d'après les statistiques recueillies, plus d'une fois sur deux ou trois cents cas traités annuellement à l'Hôpital métropolitain. Lorsqu'elle vient à se produire, c'est dans des cas d'un type dangereux, dans lesquels les accidents de la gorge sont très accentués, et l'on peut diagnostiquer son existence vers la seconde ou la troisième semaine de la maladie, époque où les malades s'affaiblissent de plus en plus.

Les enfants âgés de quatre à six ans sont les plus fréquemment atteints, quoiqu'on cite des observations de nécrose survenue chez des sujets beaucoup plus jeunes. Je n'ai jamais vu d'adultes en être atteints.

---

1. Nous ne savons si l'auteur veut parler de la diphtérie seule ou s'il veut parler des cas où les phénomènes buccaux ont lieu comme il les décrit. Dans le premier cas, nous ne pouvons laisser passer sous silence une mortalité de cent pour cent. La statistique des guérisons obtenues par la méthode du Dr Roux est là pour prouver le contraire. Dans le second cas, nous ne pouvons rien dire, mais nous pensons cependant que si les injections de sérum antidiphtérique étaient employées, la terminaison fatale de la maladie serait bien moins fréquente. (*Note du traducteur.*)

La nécrose scarlatinique du maxillaire a un point d'élection favori : c'est la région centrale du maxillaire inférieur, à la symphyse des maxillaires et à la face antérieure ou labiale. On peut aussi la rencontrer à la hauteur des grosses et petites molaires du côté jugal. Dans une observation recueillie par un de mes confrères qui soignait le malade, la nécrose survint tout à fait derrière la dernière molaire et sans attaquer l'alvéole de cette dernière.

Au cours de son évolution, la nécrose peut intéresser les alvéoles des dents temporaires seulement, ou, ce qui est plus rare, détruire complètement le maxillaire, y compris les germes des dents permanentes. Lorsque cela se produit, c'est toujours dans la région des incisives inférieures. Le séquestre, en général, met de deux à trois semaines à s'éliminer. La mortalité à la suite de nécrose du maxillaire est assez grande. Dans les observations les plus graves de nécrose, la bouche devient horriblement infecte et le malade finit par mourir de pyémie ou de broncho-pneumonie. On peut cliniquement attribuer deux causes à la nécrose du maxillaire, lorsqu'elle se produit pendant le cours d'une fièvre scarlatine : 1° la mise à nu du maxillaire par les ulcérations des gencives, comme cela se voit dans les stomatites graves dont nous avons déjà parlé ; 2° une lésion, ce qui est plus fréquent. Cette dernière cause peut paraître étrange à ceux qui ne connaissent pas les symptômes cliniques de cette maladie.

Comme traitement efficace des inflammations très graves de la gorge, telles que celles survenant au cours de la fièvre scarlatine, il est absolument nécessaire de bien débarrasser tout d'abord les parties malades des dépôts qui peuvent s'y être formés et de faire de fréquentes applications de solutions antiseptiques.

La première partie de ce traitement se fera au moyen de seringues, de poires de caoutchouc ou de tampons de coton. On sera nécessairement forcé, pour faire ces irrigations, d'introduire dans la bouche les canules des seringues, des abaisse-langue, des morceaux de liège entourés de linge pour forcer le malade à rester la bouche ouverte et permettre à l'opérateur de voir ce qu'il fait. Quelles que soient les précautions que l'on prenne en pareil cas, il est presque impossible, chez certains enfants, par suite de la peur qu'ils éprouvent, de ne pas heurter les dents temporaires.

Ils mordent l'abaisse-langue, la canule de la seringue et déploient une telle force que bien souvent ils se cassent les dents, ou bien ils les ébranlent à un tel point qu'au bout de quelque temps elles finissent par tomber d'elles-mêmes, ce qui favorise dans d'énormes proportions le développement de la nécrose. J'ai été surpris bien des fois de voir que la plus légère pression faite avec une spatule ou tout autre instrument employé pour examiner la gorge d'un enfant suffisait pour ébranler les dents ou les faire tomber, quelles que fussent les précautions prises. Et je suis absolument convaincu par des observations cliniques que, sans extraire les dents, le simple ébranlement occasionné par les mouvements désordonnés de l'enfant, ainsi que par la pression que celui-ci opère sur ses couronnes en serrant for-

tement les mâchoires, suffit à produire la nécrose des alvéoles; on se trouve donc, en pareil cas, placé entre deux alternatives: laisser la gorge dans son état d'infection microbienne ou laisser se développer la nécrose du maxillaire. A mon avis, dans les cas graves de nécrose, il est préférable d'alimenter le malade par la sonde nasale ; autrement on risque fort de voir son état aller de mal en pis.

Je vous ai signalé deux causes favorisant la nécrose du maxillaire dans les cas de fièvre scarlatine. Il y a d'autres cas que l'on ne peut pas expliquer. Parmi ceux-ci on doit noter les observations dans lesquelles la nécrose vient à surgir pendant la période de convalescence. C'est là la forme de nécrose exanthémateuse décrite primitivement par M. Salter. Son apparition suivant la convalescence de la fièvre scarlatine, si on la considère comme un phénomène absolument distinct des périodes aiguës de la maladie, doit être considérée, comme très rare.

Durant mon internat au *Western Fever Hospital* je fus à même d'examiner plus de 5000 cas de fièvre scarlatine. Tous (sauf les cas mortels) restèrent en traitement pendant huit semaines environ et un grand nombre de malades séjournèrent beaucoup plus longtemps, atteints qu'ils étaient d'otorrhée chronique, d'albuminurie, etc. Je n'ai cependant jamais vu survenir un seul cas de nécrose pendant la convalescence.

Je suis fermement convaincu que dans la plupart des cas de cette nécrose, pour ainsi dire post-éruptive, le mal a commencé à se développer pendant la période aiguë de la maladie.

Je m'arrête ici dans l'énumération des phénomènes que je viens de vous signaler, énumération qui n'a eu qu'un but : vous décrire aussi brièvement qu'il est possible les divers changements que peut subir la muqueuse buccale au cours de certaines fièvres. Je regrette toutefois de ne pouvoir vous donner, à l'appui de ces indications, des observations auxquelles vous pourriez vous rapporter.

(*Dental Record.*)

INFLUENCE DE LA CIVILISATION SUR LES DENTS

Par M. Miller, de Berlin.

La carie n'est pas une affection spéciale à la civilisation, les nombreuses observations faites sur les crânes des races anciennes et modernes non civilisées, en Europe et en Amérique, le prouvent. Il suffit d'aller dans un musée d'anatomie ou d'anthropologie et d'examiner les dents des crânes d'un grand nombre de races pour se convaincre de l'exactitude de cette affirmation. Des recherches en ce genre ont été faites par Broca, Magitot, Mummery, Barrett, moi-même et beaucoup d'autres et ont constamment amené à cette conclusion que la carie s'est toujours rencontrée dans toutes les races civilisées ou non et dans tous les temps. Les peuples exclusivement carnivores (Groënlandais, etc.) font seuls exception.

Par contre, la fréquence de la carie est beaucoup plus grande chez les races civilisées que chez les sauvages, des observations répétées l'ont établi. Les travaux de Mummery sont particulièrement remarquables à cet égard. Il a rencontré la carie chez les anciens Bretons de type dolichocéphale dans la proportion de 2, 94 0/0, chez les Bretons brachycéphales dans celle de 21, 87 0/0, chez les Anglo-Saxons dans celle de 15, 78 0/0, chez les Romano-Bretons de 28, 67 0/0 et chez les anciens Egyptiens de 41, 66 0/0.

Il est donc hors de doute qu'avec les progrès de la civilisation il se produit partout en même temps une détérioration des dents et cela pour plusieurs causes.

Le genre de vie de la plupart des races non civilisées n'entraîne pas seulement la vigueur et le développement normal du corps, mais il donne aussi au système osseux et, par suite, aux dents la même résistance et avant tout une structure compacte. Un individu, qui, dès l'âge le plus tendre, a toujours vécu en plein air, sans aucune entrave à sa liberté corporelle, s'est bien mieux développé le corps dans toutes ses parties que celui qui a passé le même temps assis sur les bancs de l'école.

Une action sur le développement des dents dont il faut également tenir compte, c'est la composition de la nourriture. Les dents ne forment pas une exception à la règle qu'un membre inactif reste dans son développement en arrière d'un autre très actif. La pression exercée sur les dents pendant la mastication cause une circulation plus vive dans le périoste et la pulpe et produit en même temps une excitation à un dépôt plus volumineux de sels de chaux, c'est-à-dire à une calcification plus complète. L'expérience enseigne aussi que des enfants nourris avec des aliments mous, de la bouillie, etc., ont habituellement de mauvaises dents. Si une race d'hommes ou même d'animaux ne se servait pas de ses dents pendant plusieurs générations, il faudrait nous attendre inévitablement à une détérioration graduelle de leur structure. La nature molle de beaucoup de nos aliments, comparativement à ceux des races non civilisées, produit une masse dentaire molle et poreuse aussi bien qu'un développement défectueux des maxillaires et en même temps une position serrée des dents, ou tout au moins contribue à ce résultat; c'est là un fait très vraisemblable.

En outre, la composition chimique des aliments a une grande influence sur l'existence et l'extension de la carie. Quiconque admet la justesse de notre principe « pas de carie sans acide » et trouve la source principale des acides décalcifiants dans les phases de la fermentation dans la bouche elle-même contestera à peine la vérité de cette affirmation. Un homme qui ne prend que des aliments ne produisant dans la bouche aucune fermentation acide, comme la viande, les plantes crues, les racines, etc., sera, j'en suis convaincu, peu tourmenté par la carie.

Si cette supposition était fondée, une comparaison de la fréquence de la carie chez les peuples exclusivement carnivores avec ceux qui ont une nourriture végétale ou mélangée devrait donner un nom-

bre plus élevé chez ces derniers. Nous devrions aussi trouver la carie plus fréquemment chez les animaux phytophages que chez les carnassiers.

Mummery a donné d'intéressants et précieux chiffres qui établissent le rapport de la carie avec la nourriture des diverses races ; je les ai complétés et modifiés à l'aide de mes recherches personnelles et les ai groupés dans le tableau suivant :

VIEILLES RACES	NOMBRE des crânes	CARIE totale	POURCENTAGE de la carie	NOURRITURE
Anciens Bretons (Dolichocéphales).....	68	2	2.94	Viande (bœufs, bêtes fauves, sangliers).
Anciens Bretons (Brachycéphales.......	32	7	21.87	Nourriture mélangée (viande, poisson, avoine, blé, pois, racines, etc.).
Anciens Bretons (Recherches du chanoine Greenwel)...	59	24	40.68	
Anciens Bretons (mélangés)...........	44	9	20.45	
Romano-Bretons	143	41	28.67	
Anglo-Saxons	76	12	15.78	
Anciens Egyptiens...	36	15	41.66	

RACES MODERNES	NOMBRE des crânes	CARIE totale	POURCENTAGE de la carie	NOURRITURE
Esquimaux	81	2	2.46	Viande et poisson.
Américains du Nord (habitants des côtes).....	63	2	3.17	Viande et poisson, mais pas exclusivement.
Américains du Nord. (habitants de l'intérieur)..	22	2	9.09	Surtout de la viande, peu de légumes.
Américains du Sud..	26	7	27.00	Surtout des légumes.
Iles Fidji...........	38	2	5.26	Chair humaine et en outre nourriture mélangée.
Polynésiens.........	79	8	10.12	Nourriture mélangée.
Iles Sandwich.......	21	3	14.28	» »
Nouvelle-Zélande....	66	2	3.30	Chair humaine, porc, poisson, racines.
Australiens..........	132	27	20.45	Nourriture mélangée.
Tasmaniens.........	33	9	27.27	» »
Chinois.............	50	21	40.20	Nourriture mélangée (surtout des végétaux).
Indes Orientales (Nord)...	152	9	5.92	Nourriture mélangée.
— (Sud)....	71	10	14.84	» »
Afrique orientale....	32	8	25.00	» »
Cafres..............	49	7	14.28	» »
Afrique occidentale .	236	66	27.96	» »
Lapons.............	22	1 (?)	4.54 (?)	Viande ou poisson, lait, fromage.

Les Gauchos, race habitant les pampas de La Plata, qui s'occupe

de l'élevage du bétail et vit de viande, sont indiqués comme exempts de carie, tandis qu'une race parente du Chili, qui vit de pain, de pois, de viande, etc., donne 19, 3 0/0 de carie. Les Gauchos qui habitent les villes et qui mangent une nourriture mélangée et beaucoup de sucre souffrent beaucoup de la carie.

Un examen rapide de quelques crânes conduisit Black à la supposition que les races qui mangent beaucoup de fruits acides présentent moins de carie que celles qui se nourrissent de viande et de céréales. Mais si nous nous rappelons de quelle façon les dents sont détruites par la *cure de raisins*, nous ne pouvons considérer le résultat de Black que comme un hasard.

Toutes les observations concordent sur un point : les Esquimaux, certaines tribus des Indiens de l'Amérique du Nord carnivores, les Islandais et les Lapons sont presque épargnés par la carie.

Un genre de vie hygiénique et les conditions climatériques ne peuvent seuls, suivant moi, expliquer ce phénomène. Ces races souffrent souvent de la famine, les maladies sont fréquentes surtout chez les Lapons et ceux-ci, aussi bien que les Esquimaux, sont en train de s'éteindre, ces derniers sans aucune influence extérieure. Le nombre des habitants de l'Islande est resté stationnaire dans les derniers siècles et la cause doit en être cherchée dans les dévastations volcaniques, les épidémies fréquentes, un genre de vie malsain, la famine, etc.

Les circonstances qui contribuent à limiter le plus l'envahissement de la carie dans une race d'hommes sont donc :

1° Un genre de vie favorable pour le développement normal du corps;

2° Des aliments suffisamment durs pour fournir aux dents l'exercice nécessaire au développement de la force et à la calcification ;

3° Des aliments qui ne provoquent pas dans la cavité buccale de fermentation acide.

(*Dental Cosmos.*)



LIVRES ET REVUES

Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne, par M. le Dr Charvilhat. Thèse de Paris, 1896.

Prenant texte d'un cas personnel vraiment rebelle, l'auteur a réuni en une intéressante monographie seize observations de grenouillette sus-hyoïdienne vraie, empruntées à Delens, Gosselin, Gillette, Dieu, etc. Ayant d'abord réservé, parmi toutes les tumeurs kystiques du plancher de la bouche (kystes dermoïdes, kystes hydatiques, tumeurs érectiles), le nom de grenouillette aux *tumeurs liquides et enkystées d'origine salivaire*, l'auteur admet que la grenouillette sus-hyoïdienne n'est autre chose que le développement

d'une grenouillette vulgaire ou sublinguale, arrêtée dans son évolution vers la bouche ; par conséquent, elle est toujours consécutive à une grenouillette vulgaire, même dans les cas où elle paraît primtive, cas qui s'expliqueraient par le faible volume de la grenouillette sublinguale qui n'aurait pas attiré l'attention. Il suit de là que l'auteur, admettant l'identité de nature entre les deux variétés de grenouillettes, n'a pas à chercher pour la grenouillette sus-hyoïdienne une théorie pathogénique différente de celles proposées pour la grenouillette vulgaire : parmi celles-ci, il choisit celle de Tillaux, d'après laquelle la lésion primitive serait une altération du canal de Wharton, altération amenant la communication avec la bourse séreuse de Pleichmann.

Au point de vue du traitement, après avoir recommandé les traitements ordinaires de la grenouillette (ponction, suivie d'injection de teinture d'iode), l'auteur appelle plus particulièrement l'attention sur l'extirpation totale de la poche qui, dans les cas de grenouillette rebelle, à parois sclérosées, denses, constitue le traitement de choix. Cette extirpation doit toujours être suivie d'une cautérisation des parois de la poche, au chlorure de zinc, par exemple, car les récidives si fréquentes semblent tenir à la non-destruction des petits kystes que Bazy a signalés dans l'épaisseur de la paroi, et qu'il a rapprochés, au point de vue du développement anatomique, des kystes ovariques.

Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux, par M. le Dr C. Benoît. Thèse de Paris, 1896.

Cette thèse ne contient rien d'original ; son seul intérêt est dans la publication de cinq observations recueillies dans le service de M. Reclus, dans lesquelles l'anesthésie pour diverses opérations (phimosis, résection de la saphène interne, cure radicale d'hydrocèle, castration) a été pratiquée simultanément avec le gaïacol et la cocaïne. On connaît [1] les résultats obtenus par M. Reclus, qui sont tout en faveur de la cocaïne, le gaïacol n'ayant amené qu'une diminution très faible de la sensibilité, et dans tous les cas une anesthésie toujours moindre que celle obtenue dans l'autre partie du champ opératoire, anesthésiée par la cocaïne.

Contribution à l'étude du traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires, par le Dr Henri Vénassier. Thèse de Paris, 1896.

Sous le prétexte d'étudier le traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires, l'auteur, après un résumé des travaux de Malassez et d'Albarraz, parle du traitement de toute espèce de choses, excepté des kystes *radiculo-dentaires.*

Il en est de même des observations qui accompagnent cette thèse,

1. Académie de médecine. Séance du 19 mai 1896.

où la nature des lésions est des plus douteuses pour un grand nombre de cas : telles, pour ne citer que celles-là, les observations IX et X, empruntées à Magitot, où le sinus était bien plutôt en cause et les observations IV, VI, VII, VIII où l'auteur écrit lui-même qu'il s'agit de kystes non dentaires.

Que viennent faire là toutes ces observations ? En résumé, thèse peu intéressante.

De la correction de certaines anomalies de disposition des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives ou dents de six ans, par M. le Dr Jacques Ménard. Thèse de Paris, 1896.

Reprenant les théories de son maître Pietkiewicz, l'auteur se fait le chaud partisan de l'extraction des quatre molaires de six ans.

Il n'énonce rien qui ne soit archi-connu par les publications antérieures faites ou inspirées par le même praticien, si ce n'est quelques petites idées peut-être un peu étranges.

Ne dit-il pas en plusieurs endroits : « Il est acquis en effet qu'à la suite d'une extraction, les dents avoisinantes, si elles ne sont pas retenues par leurs antagonistes, *se déplacent spontanément* dans l'épaisseur du maxillaire, de manière à combler le vide laissé par la dent absente, » les dents antagonistes empêchant seules ce mouvement de se produire.

Il nous avait semblé jusqu'alors que c'étaient justement les antagonistes, par l'articulation vicieuse créée ainsi, qui étaient causes du déplacement.

L'auteur n'est du reste pas dénué d'imagination et il ébauche (p. 32) tout un petit roman sur le déplacement des dents en cas d'extraction de la canine ou des molaires de lait.

Andrieu, dans sa remarquable monographie sur la dent de six ans, donnait à l'appui de la théorie d'extraction de cette dent, des raisons au moins fort intéressantes ; mais M. Ménard, à l'appui de *son* procédé, dit : « De la comparaison des racines des prémolaires et des premières grosses molaires il ressort que, seule, l'extraction de ces dernières creuse dans les mâchoires une assez vaste place pour assurer un recul suffisant de toute la série des dents ». Et il enlève les quatre dents de six ans.

Il est vrai qu'il professe un beau dédain pour les appareils de redressement. L'expansion des maxillaires par ceux-ci n'est même pas connue de lui, car j'aime à croire que dans ce cas il aurait fait au moins l'honneur d'une citation à quelques *modestes dentistes* français et étrangers qui ont étudié cette question et publié des études à son sujet.

Il aurait du reste bien besoin de feuilleter un peu la littérature professionnelle ; il y verrait par exemple un certain travail de M. Davenport sur les inconvénients de l'extraction de la dent de six ans, qu'il paraît ignorer complètement et qu'il aurait au moins avantage à connaître.

Il le connaîtra sans doute quand il aura un peu plus d'expérience

de cette science si facile qu'est la stomatologie et qu'il pourra nous apporter à l'appui de ses idées seulement quelques observations personnelles pour ajouter à *l'unique observation* qu'il nous présente. Il paraît que, dans le cas qui en fait l'objet, le traitement était applicable, mais il oublie de nous dire seulement deux petites choses : 1° s'il a été appliqué ; 2° son résultat.

Comme observations à l'appui de la *correction de certaines anomalies de disposition des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives ou dents de six ans*, cela nous paraît un peu maigre !

M. R.

Contribucion al estudio de los calculos salivales.

Nous avons reçu la thèse de doctorat de M. Bartolomé Marichal, de Bogota, qui a traité devant la Faculté dentaire de cette ville (République de Colombie) la question des calculs salivaires.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec peine la mort d'un des membres de l'Association générale des dentistes de France, M. Jules Potel, décédé à l'âge de 61 ans, après une courte maladie.

Potel était ancien diplômé, ancien chef de laboratoire de prothèse, ancien démonstrateur et ancien membre du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris ; il appartenait à l'Association depuis sa fondation.

Il n'avait pas craint, à l'âge de 60 ans, de se présenter au nouvel examen de la Faculté de médecine, qu'il avait subi avec succès.

M. Claser, président du syndicat professionnel, et le capitaine Gœury, surveillant général de l'Ecole dentaire de Paris, représentaient à ses obsèques les membres de l'Ecole et de l'Association, retenus au Congrès de Nancy.

Nous adressons à la famille de M. Potel l'expression de nos sentiments de condoléance.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

A M. le Directeur de l'*Odontologie.*

Monsieur et cher ami,

Je viens d'être victime de l'incendie de l'Exposition de Montpellier,

en y perdant toute ma collection pathologique et d'anomalies dentaires représentée par plus de 250 spécimens de dents humaines, recueillies pendant ma carrière.

Si j'ai participé à cette exposition, c'est parce que les Facultés de médecine, des sciences, etc. y étaient largement représentées et que ma collection d'anomalies, les moulages et les redressements offraient un intérêt scientifique réel. Toutes les collections des Facultés, des Ecoles, les produits industriels, tout a été la proie des flammes, et de ma collection personnelle il ne reste rien !

En cette pénible circonstance, je fais appel à l'obligeance de mes confrères de France, qui pourraient disposer de dents présentant des anomalies, quelle qu'en soit l'espèce, en les priant de vouloir bien m'en faire hommage ; je les accepterai avec reconnaissance.

Je vous prierai de vouloir bien donner l'hospitalité à ces quelques lignes dans votre journal et agréer, etc.

E. SCHWARTZ,
Chirurgien-dentiste à Nîmes.

Nîmes, le 20 août 1896.

A M. le Directeur de l'Odontologie.

Le *Progrès Dentaire* publie dans son dernier numéro (p. 208) un article intitulé : « *Ce que l'art dentaire doit au Dr Y...* » — Le signataire de cet émouvant article, M. L.-P. Haskell, de Chicago, nous signale des choses tellement extraordinaires que je ne peux résister à la joie de vous citer entre autres le passage suivant :

« Le Dr Y... est un homme génial, maniant ses clients (comme quel-
« qu'un me le faisait remarquer) avec la *douceur d'une femme*. Sa
« délicatesse de toucher et son habileté sont prodigieuses. — Il vaut la
« peine de faire un long voyage pour le voir appliquer ses ligatures.
« D'ordinaire, il fredonne quelques airs détachés (sic) pendant son tra-
« vail. Pour les opérations graves, il emploie la cocaïne diluée dans *un*
« *menstrue* spécial de sa composition, etc. »

C'est égal, je voudrais bien voir ce praticien exécuter des opérations graves avec la *douceur d'une femme* à l'aide de la cocaïne diluée dans *un menstrue* spécial de sa composition. Quel dommage que l'Amérique soit si loin ! !

NOUVELLES.

Le collège royal des chirurgiens d'Angleterre a, dans sa dernière séance, adopté un rapport de la commission de chirurgie dentaire. D'après ce rapport il y aura dorénavant trois examens : un examen scientifique préliminaire et deux examens professionnels pour l'au-

torisation. Le premier comprendra la chimie, la physique et la chimie appliquée ; le 2e examen portera sur la dentisterie mécanique et la métallurgie dentaire ; le 3e sur l'anatomie dentaire, la physiologie dentaire, la pathologie et la chirurgie dentaires, les opérations, l'anatomie et la physiologie humaines, enfin la chirurgie et la pathologie.

La section dentaire de l'Université de Buffalo (Etats-Unis d'Amérique), se trouvant trop à l'étroit dans les bâtiments dont elle dispose, va s'installer dans une construction nouvelle de trois étages. Celle-ci comprendra deux salles de cours, un musée, un salon de réception, un amphithéâtre central, des laboratoires de prothèse pour chaque année d'études avec des locaux pour le travail du plâtre et du métal et les démonstrateurs, une salle d'opérations, des laboratoires de chimie, d'histologie et de pathologie. Le dispensaire occupera un espace de 200 pieds carrés. Au total on disposera de plus de 25.000 pieds carrés.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ANESTHÉSIE.

Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 15 juillet 1896 à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le Pr Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de Médecine.

La commission définitive d'organisation a été nommée et se compose de :

M. le Pr Cornil, président *(Académie de Médecine)*;

M. le Dr Lucas-Championnière *(Association de la Presse médicale)*;

M. le Dr Picqué *(Association française de Chirurgie)*;

M. le Dr Reclus *(Société de Chirurgie de Paris)*;

M. le Pr Lannelongue *(Association générale des Médecins de France)*;

M. A. Petit *(Association générale des Pharmaciens de France)*;

M. de Marion *(Syndicat des Dentistes français)*;

M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

M. M. Baudouin a exposé ensuite à la commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne ; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français ; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire

coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale.

En novembre prochain aura lieu à Mexico le 2e congrès médical pan-américain.

M. Gaston Wormes a été nommé secrétaire de la section de chirurgie dentaire de ce congrès.

Nous apprenons la nomination de M. Monnin comme chirurgien-dentiste du Prytanée militaire de La Flèche.

Toutes nos félicitations à notre confrère, qui est un des diplômés de notre Ecole.

Le *Journal officiel* a publié le décret relatif à l'application de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine en Algérie. Un article de ce décret, que nous publierons dans notre prochain numéro, maintient à tout dentiste inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1896 le droit d'exercer en Algérie l'art dentaire dans les conditions prévues par l'art. 32.

VARIA

UNE PIÈCE A PONT DE 2625 fr.

M. Comer, dentiste américain, 9 Hereford square, Londres, avait intenté à M. Gwynne, ingénieur, une action en paiement de 105 liv. sterl. (2625 fr.) pour prix d'une pièce à pont mobile brevetée, en double, contenant quatre dents, fournie à la femme de ce dernier. Le défendeur soutenait que ce prix était exagéré.

Quand Mme Gwynne s'était présentée chez M. Comer, celui-ci lui avait dit qu'il pourrait lui faire une pièce à pont fixe de quatre dents à 15 guinées (390 fr.) par dent ou bien une pièce à pont mobile en double à 25 guinées (625 fr.) par dent. La cliente choisit le dernier système et le dentiste exécuta la pièce. Quand celle-ci fut prête, la cliente refusa de prendre livraison du double ou de payer le prix. Antérieurement le dentiste avait exécuté un travail pour la patiente au prix de 30 guinées (780 fr.), c'est-à-dire au-dessous de ses prix habituels, parce qu'il comptait que celle-ci lui enverrait des clients. Le travail à pont de ce genre était sa spécialité et aucun dentiste, prétendait-il, n'en pouvait faire de semblable.

Le défendeur et sa femme contestèrent qu'ils eussent accepté ce prix de 105 liv. et c'est pour cela qu'ils ne prirent pas le double.

D'ailleurs, trois jours après que la première pièce avait été posée, une dent se brisa pendant que Mme Gwynne était à table.

M. Tomes, appelé comme expert, déclara que ce travail à pont n'avait rien de particulier, était exécuté communément par des centaines de dentistes, que le double pouvait être fait pour 10 guinées (260 fr.), mais qu'il n'avait pas de raison d'être.

M. Patterson fit un exposé dans le même sens.

Le juge a fixé le chiffre du prix à 30 guinées (780 fr.) et débouté le demandeur de toute réclamation au-dessus de cette somme.

LES DERNIÈRES DENTS.

Ceux qui ont le privilège d'instruire la jeunesse sur le corps humain seront intéressés par l'anecdote suivante, citée comme étant arrivée dans un pensionnat de Londres.

On donnait dans un pensionnat une leçon dont le sujet principal était : les dents. Le professeur interrogeant les élèves demanda : —Quelles sont les premières dents? —Les dents de lait répondit-on. — Quelles sont les suivantes? — Les dents permanentes. — Quelles sont les dernières? — Les dents de sagesse, dit l'un. — Les fausses dents, ajouta un autre.

ANNONCE A MÉDITER.

Elle figure dans un journal de médecine russe, sous la forme d'un « prix-courant » publié par un dentiste de Kischinew. On y lit :

Extraction d'une dent sans douleur, 1 rouble.

Extraction d'une dent avec douleur, 1/2 rouble.

(*Bulletin médical.*)

UN BANQUET DE DENTISTES.

On nous communique le menu suivant d'un banquet de dentistes qui a eu lieu dans la ville de C.

Potage.
Bouillon de culture.
Relevé de potage.
Langues de carpe.
Entrée.
Pieds de biche.
Rôti.
Hippopotame.
Entremets.
Glace à bouche.
Dessert.
Fraises.
Poires à air chaud.
Liqueurs.
Menthol, eucalyptol, thymol.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

ON DEMANDE un assistant connaissant le cabinet et l'atelier. Sérieuses références exigées. S'adresser à M. Cordelier, dentiste, quai Jules Ferry, Epinal.

A CÉDER tout de suite, dans de très BONNES CONDITIONS. un cabinet ayant 18 ans d'existence. S'adresser à M. Auguste Franz, dentiste à Bône (Algérie).

A CÉDER pour cause de santé et de départ à l'étranger, un cabinet dentaire. Situation excellente. On céderait aussi tout l'outillage, meubles, etc., à des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser à M. Fayod, rue d'Alésia, 91, Paris.

A CÉDER tout de suite, pour cause de santé, cabinet dentaire admirablement situé, faisant 12,000 fr. d'affaires par an. Prix 10,000 fr. dont 6,000 comptant. Loyer, 13,000 fr. — S'adresser à M. Duché, 18, avenue Bosquet.

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme Vve Belleville, 11, cité Trévise.

Mlle MERLANCHON, ancien secrétaire de M. P. Dubois, se charge des travaux d'écritures, de comptabilité, *copies de manuscrits à la machine à écrire*, etc. S'adresser au bureau du journal.

LE Dr MILLARD, spécialiste-dentiste américain (Faculté de Maryland), sucr de M. Leroux, établi à Rennes (Ille-et-Vilaine) depuis vingt ans, cherche acquéreur pour tout ou moitié de son cabinet. Chiffre d'affaires 20,000 fr. Prix à débattre.

DAME connaissant bien la correspondance et la comptabilité demande emploi de secrétaire chez un dentiste. S'adresser au bureau du Journal aux initiales J. K. L. M.

A VENDRE pour 200 francs un fauteuil *neuf* de Wirth, modèle clinique, avec crachoir nickelé et son support, le tout d'une valeur de 300 fr. S'adresser aux initiales C. D. au Secrétariat de l'Ecole dentaire, 4, rue Turgot.

A CÉDER pour cause de santé un cabinet important dans une grande ville de l'Espagne. S'adresser pour renseignements à M. G. Viau, boulevard Haussmann, 47.

CHIRURGIEN-DENTISTE diplômé de la Faculté de médecine de Paris, 30 ans, 1res références, ayant grande pratique du cabinet, désire place d'opérateur à Paris. — Ecrire : X. 25, au bureau du journal.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, Directeur. — Dr ROY, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix

L'enseignement, divisé en deux parties, l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**, est réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où une place est réservée à chaque élève.

Par suite de l'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions réglementaires exigées par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, fixant les conditions d'études de l'art dentaire, cette institution est devenue une **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves mécaniciens-dentistes désirant obtenir le brevet spécial qu'elle décerne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ⚘, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Bonnard, Bibliothécaire.
Lemerle ✿, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean ✿
Jeay.
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot ⚕.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✲ ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ⚘. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **A. Ronnet**, ⚘. — **Wiesner** ✲ ⚘.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ⚘, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, ⚘, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ⚘, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ⚘, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, ✿, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle ✿, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Ed. Papot ⚕, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pinet, I ⚘, Dr en médecine.
P. Poinsot, ⚘, chirurgien-dentiste.
Richard-Chauvin, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet ✿. chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ⚘, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard (O. I.) ⚘, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT................
BIOUX (L.)..............
DEVOUCOUX...........
FANTON-TOUVET (Ed.)..
LEGRET...............
LOUP..................
MARTIAL-LAGRANGE ⚘.
} D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG ⚘, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL....................
PREST (Ed.)...............
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD.................
BILLEBAUT.............
BILLET.................
CECCONI...............
CHOQUET (fils)..........
D'ALMEN...............
DE CROES..............
DELAUNAY.............
DE LEMOS.............
DENIS (Em.) ✿.........
DUVOISIN.............
FRESNEL..............
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF...................
JACOWSKI...............
JEAY...................
MAHE...................
MARTIN.................
PAULME................
STEVENIN..............
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER...............
HIRSCHBERG...........
} D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du 25 *février* 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Présents : MM. Bonnard, Choquet, d'Argent, Dubois, Godon, Jeay, Lemerle, Loup, Martinier, Sauvez, Stévenin et Viau.

Séance ouverte à 9 heures. — Lettre d'excuses de M. Roy.

Le procès-verbal du 21 janvier est adopté.

Correspondance.

Lettre de M. L. demandant à être considéré comme élève de province. Refusé, l'élève de province n'existant plus comme élève régulier.

Lettre de M. le *Dr Carstenser*, de Zernbancgale (Danemark), demandant des documents se rattachant à l'Ecole dentaire de Paris, pour une exposition internationale des chirurgiens-dentistes des différents pays, qui doit avoir lieu au Ministère de l'Instruction publique de Copenhague.

Il a été envoyé différentes brochures et journaux d'odontologie, la loi sur l'art dentaire,etc.

M. G. élève de 3e année, demande à être dispensé du carnet de clinique. (Refusé.)

Lettre de Mme L. ancienne élève, postulant une bourse. (Renvoyé à la préfecture de la Seine).

Notification à plusieurs élèves, d'une lettre de M. le Recteur de l'Académie les informant que, par décision en date du 1er février, M. le Ministre de l'Instruction publique leur accorde leur 6e inscription.

M. le Président communique une lettre de *Mme Beauregard* annonçant le legs fait par son mari à l'Ecole dentaire de Paris de sa collection de peinture, estampes, livres et objets d'art divers.

Le Conseil adresse ses remerciements à Mme Beauregard.

Rapport de *M. Lemerle* relatif aux examens et aux études pour l'obtention du brevet de mécanicien-dentiste.

Après discussion entre MM. *Godon*, *Dubois*, *Martinier* et *Lemerle*, la proposition est renvoyée à une prochaine séance.

Rapport de *M. Sauvez* sur la proposition de réintégration dans les fonctions de professeur suppléant, conformément aux conclusions du conseil du corps enseignant et de la commission d'enseignement.

MM. Loup, *Stévenin* et *Viau* prennent part à la discussion.

MM. Pigis et Gravollet ne sont pas réintégrés dans leurs fonctions de professeurs suppléants et M. Papot est réintégré dans celle de professeur suppléant, pour la présente année scolaire.

Rapport de *M. Lemerle* sur le tableau du corps enseignant en exercice pour 1896.

Après discussion entre MM. *Dubois*, *Lemerle* et *Godon*, le rapport est adopté. Il est décidé qu'il sera affiché à l'Ecole.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de *M. Lee*, remerciant le conseil de son admission comme membre de la Société.

Lettre de *Mme Masson* donnant sa démission.

M. Godon communique une lettre du Syndicat des chirurgiens-dentistes et une autre de l'élève B. Etant donné les circonstances qui ont empêché cet élève d'achever son examen, il sera dispensé d'acquitter les droits supplémentaires exigés des élèves ayant échoué.

Séance levée à 11 heures 3/4.

Séance du 24 mars 1896.

Présidence de M. G. Viau, vice-président.

Présents : MM. Bioux, Bonnard, Dubois, Jeay, Legret, Lemerle, Loup, Martinier, Prest, Prével, Roy, Sauvez, Stévenin et Viau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Loup fait connaître que c'est à son insu qu'il a été qualifié de chevalier de la Légion d'honneur dans l'Annuaire médical.

M. le secrétaire général donne lecture de lettres :

1° de *M. Georges* de Cette, remerciant le Conseil de son admission comme membre de la Société de l'Ecole.

2° de *M. S.*, élève de 2e année, demandant à être dispensé des travaux pratiques de dissection. Refusé.

3° de *M. Mouton*, donnant sa démission de démonstrateur pour cause de départ à l'étranger. Accepté.

M. Viau annonce que la délégation envoyée auprès de M. Papot et composée de MM. Godon et Sauvez l'a fait revenir sur sa décision. M. Papot retire la démission qu'il avait adressée.

Démission.

Mlle Berg donne sa démission de membre de la Société. Acceptée.

M. Godon rend compte de la visite faite à l'Ecole par MM. les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce, MM. Combes et Mesureur.

Il a remis à M. le Ministre de l'Instruction publique le texte des vœux qu'il lui avait présentés au nom du bureau.

MM. les Ministres lui ont fait part de l'excellente impression qu'ils avaient emportée de leur visite à l'Ecole.

MM. Strauss, Max-Vincent et Villain, conseillers municipaux, étaient présents ainsi que M. Lesage, adjoint au maire du IXe arrondissement.

Des notes ont été adressées aux journaux.

M. Stévenin demande si la presse professionnelle a été avisée de cette visite.

M. Dubois propose d'envoyer le compte rendu imprimé et publié par le journal *l'Odontologie*.

Il demande le vote de remerciements à l'adresse de M. Godon, à qui l'Ecole est redevable de cette visite, dans laquelle M. Ronnet a été nommé officier d'académie. Adopté.

M. Dubois ajoute que ces conseillers ont promis d'appuyer une demande d'augmentation de la subvention.

Lettre de *M. Roger*, avocat-conseil de l'Ecole, rendant compte de la poursuite intentée par M. Raymond devant le tribunal civil pour obtenir une indemnité de l'Ecole, en raison de ce qu'elle lui a refusé la

douzième inscription parce qu'il n'avait pas subi les examens de fin de 3e année. Il a été débouté de sa demande et condamné aux dépens.

M. le Président fait part des décès de M. de Belleville, souscripteur de l'Ecole, et de M. Schaeffer, diplômé.

M. Stévenin, secrétaire du conseil de famille, désire connaître la marche à suivre dans les poursuites contre les chirurgiens-dentistes faisant une publicité contraire à la dignité professionnelle.

MM. Dubois et *Bonnard* prennent part à la discussion qui s'élève à ce sujet.

Le Conseil décide que le Conseil de famille écrira à M. L. pour le prier de cesser des annonces incompatibles avec les statuts de la Société.

Lettre de *M. C.* élève étranger, demandant la transformation de ses inscriptions.

Demande de M. M., élève de 2e année, à l'effet d'obtenir une bourse de l'Ecole ou une dispense d'inscriptions pour le reste de l'année, afin de lui permettre de continuer ses études.

MM. Bonnard et *Dubois* prennent part à la discussion qui s'élève à ce sujet.

Le bureau est chargé d'accorder une dispense d'inscriptions après enquête auprès du maire de la commune, avis du trésorier et engagement de l'intéressé de rembourser l'Ecole si, plus tard, sa situation s'améliore.

Rapports de *MM. Halphen*, *Mercereau*, *Mandon*, *Ragot*, Dr *Mora* et *May*, donnant leur appréciation sur l'instruction des élèves qui suivent les cours préparatoires au certificat d'études. On informera les parents des notes données par ces professeurs.

Lettre de *M. Guérin* donnant à l'école une collection de 2 années du ournal *l'Odontologie*, et demandant, en échange, deux numéros qui lui manquent.

M. Dubois propose d'adresser une demande au ministère des finances afin que les appareils de prothèse faits pour les ouvriers des manufacures d'allumettes soient exécutés par l'Ecole, et que les soins donnés à ces ouvriers le soient moyennant une faible rétribution.

Le bureau est chargé de donner suite à cette demande.

Séance levée à 11 h. 20 m.

Le secrétaire général,
Dr M. Roy.

1re *Séance du* 14 *avril* 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Séance ouverte à 9 heures.

M. Godon prononce une allocution et remet au Conseil toutes les lettres et tous les témoignages de condoléance qui lui ont été envoyés à l'occasion de la mort de M. Dubois.

Il fait ensuite adopter le principe d'une souscription en faveur de la veuve et des enfants du défunt.

La séance est levée en signe de deuil.

2e *Séance du* 14 *avril* 1896.

A 10 heures, le Conseil se réunit à nouveau et vote, sur la proposition de M. Viau, une somme de 1.000 francs à verser à la souscription en faveur de la famille Dubois.

Le secrétaire général,
Dr M. Roy.

Séance du 28 *avril* 1896.
Présidence de M. Godon, président.
Séance ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bonnard, Choquet, Godon, Jeay, Lemerle, Loup, Löwenthal, Papot, Prest, Prével, Roy et Viau.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon signale les difficultés résultant de la mort de M. Dubois, pour la rédaction du journal *l'Odontologie*.

Le comité s'est réuni le 11 avril chez M. Dubois, et le numéro prêt à paraître lui est dû en entier.

Après son décès, le comité de rédaction s'est réuni une seconde fois, le 16 avril, pour étudier un nouveau projet ; une commission de 5 membres, composée de MM. Godon, Martinier, Papot, Roy et Ronnet, a été chargée de présenter un projet au Conseil.

La Société de publications odontologiques, co-propriétaire du journal, abandonne tous ses droits en faveur de l'Association, qui devra voter un nouveau règlement.

Parmi les membres de la Société de publications, M. Richard-Chauvin, quoique ne faisant plus partie ni de l'Ecole ni de l'Association, abandonne également ses droits en faveur de l'Association.

M. Godon propose la réintégration de M. Chauvin comme membre de la Société de l'Ecole et de l'Association générale ; il remet une demande de ce dernier, appuyée par MM. Lecaudey et Godon ; il donne, en outre, lecture d'une lettre de M. Lecaudey, priant le Conseil de vouloir bien prendre cette demande en considération.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Bonnard, Roy, Loup, Martinier et d'Argent, M. Godon résume la question en ces termes : un membre de la profession demande à faire partie de la Société ; il est parfaitement digne d'être admis ; le président-directeur s'en porte garant et donne sa parole que c'est un ami et non un concurrent, qui demande à rentrer. La question de cotisation sera réglée. On a effacé toutes les anciennes dissensions ; on ne peut faire autrement pour M. Richard-Chauvin.

La question est mise aux voix.

Votants, 14. — Pour, 12 voix. Contre, 1 voix. — 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Richard-Chauvin est admis membre de la Société.

M. Mahé D. E. D. P., présenté par MM. Viau et Dr Kuhn, est admis également.

M. Roy annonce que Mme veuve Dubois donne à l'Ecole la bibliothèque scientifique de son mari ; le Conseil vote des remerciements à Mme Dubois.

Il donne lecture de son rapport sur le concours pour un poste de chef de clinique.

M. Touvet-Fanton, ayant obtenu le plus grand nombre de points, est proposé comme chef de clinique.

MM. Bonnard, Roy et *Martinier* prennent part à la discussion qui s'engage à ce sujet.

La nomination de M. Touvet-Fanton comme chef de clinique est mise aux voix et adoptée.

Le bureau s'engage à relever strictement les présences des candidats et à en tenir compte aux prochains concours.

M. Martinier lit son rapport sur le concours pour un poste de chef de clinique de prothèse. M. Devoucoux, ayant obtenu le plus grand nombre de points, est nommé chef de clinique de prothèse.

M. Martinier présente quelques observations au sujet des notes de l'épreuve sur titres.

Le Conseil prend ces observations en considération et les renvoie à la commission d'enseignement.

Réclamation de M. Houbriet au sujet de sa radiation comme membre de la Société et de l'Association. (Renvoyée au trésorier.)

M. Friteau propose de donner des leçons cliniques le matin.

M. Godon propose de lui affecter le jeudi. Accepté.

Remerciements à Mme Beauregard, qui a fait don de plusieurs instruments à l'Ecole.

La maison Kölliker envoie un jeu d'instruments à aurifier pour l'or de Trey.

M. Lemerle propose que l'on fasse des démonstrations avec cet or à la fin de l'année, que les élèves fassent une aurification au moins et que l'administration vote les crédits nécessaires.

Règlement des examens. — Rapport de M. Papot.

1° Proposition que les notes 4, 5 et 6 soient valables pour l'année. Le Conseil accepte cette modification pour la scolarité prochaine ;

2° Proposition que les examens théoriques ne commencent qu'à la fin de juin (27 juin 1re année), (du 1er au 15 juillet pour les 2e et 3e années). Adopté.

M. Poinsot étant en congé, les épreuves cliniques du dimanche seront supprimées.

Feront subir les examens :

M. Bonnard, épreuves cliniques, le mercredi.

M. Roy, thérapeutique spéciale, en remplacement de M. Dubois.

M. Martinier, prothèse, en remplacement de M. Gillard.

Le rapport est adopté.

Bibliothèque. — Rapport de M. Bonnard.

Demande d'un crédit de 35 fr. pour travaux supplémentaires faits par le 2e appariteur. Adopté.

Le Conseil prie M. Bonnard de faire marquer sur chaque livre de la bibliothèque Dubois ces mots : *don de M. Dubois.*

Demande de bourse.

Après réponse favorable du maire et avis favorable du trésorier, le Conseil dispense l'élève M. de verser le reliquat de 100 fr. sur ses droits d'études, pour la scolarité 1895-96.

Le Conseil réserve la dispense des inscriptions de la prochaine scolarité.

Demande de congé d'un mois de M. Roy. Accordée.

Séance levée à minuit.

Le secrétaire général,
Dr Roy.

Séance du 16 juin 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Membres présents : MM. Prével, Papot, Loup, Lemerle, Stévenin, Bonnard, Choquet, Godon, Legret, Löwenthal, Martinier.

M. le Dr Roy, empêché, se fait excuser, ainsi que *M. Jeay*, secrétaire des séances, absent pour cause de santé.

M. Choquet donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Bonnard fait une rectification au sujet de ce procès-verbal.

Celui-ci est adopté sous réserve de la rectification de M. Bonnard.

M. Godon fait part de la mort d'un des membres de la Société, M. Jourdheuil, et retrace la vie du défunt, ainsi que les services qu'il a rendus à l'Ecole.

M. Godon a exprimé à la veuve les condoléances de la Société, qui n'a pu se faire représenter aux obsèques, par suite du retard apporté dans la remise de la lettre de faire part.

M. Godon annonce ensuite : 1° la nomination de M. Emile Denis, D. E. D. P. 1887, démonstrateur à l'Ecole, comme officier d'Académie ; 2° la réélection au conseil municipal de MM. Strauss, Max-Vincent et Villain, conseillers sortants, et rappelle les services que ces Messieurs ont rendus à l'Ecole auprès des pouvoirs publics.

Il communique : 1° une lettre du recteur de l'académie de Paris, contenant la réponse du Ministre de l'Instruction publique aux vœux qui lui ont été présentés par le Directeur lors de sa visite à l'Ecole :

A. Aucun crédit n'est réclamé pour 1897 pour la création d'un enseignement dentaire officiel ;

B. La représentation au conseil supérieur de l'Instruction publique, des délégués des Ecoles sera examinée lors de la nomination des membres représentant l'enseignement libre ;

C. La nomination de professeurs des écoles dans les jurys n'est pas possible par suite de la loi sur les jurys mixtes ;

D. La dispense du service militaire pour les élèves des Ecoles dentaires n'a pas été prévue par la loi.

2° Une lettre du doyen de la Faculté de médecine, informant que les exercices pratiques de dissection étant obligatoires pour les étudiants dentistes, les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste devront fournir un certificat d'assiduité, émanant du Directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux.

3° Une lettre du secrétaire général de l'Assistance publique annonçant qu'il a été adjoint au cours pratique de dissection de Clamart un cours de bactériologie et un cours d'histologie normale et pathologique, grâce au reliquat des sommes versées par les élèves pour leurs frais de dissection.

Il est décidé que l'on remerciera M. le directeur de l'Assistance publique.

4° Une lettre de M. l'inspecteur d'Académie sur l'affaire M.

A ce sujet, proposition d'addition d'un article au règlement tendant à ce que dorénavant on puisse accorder des inscriptions pendant le courant de l'année, sur la proposition de l'Académie de Paris, en faisant déduction à l'élève des droits représentant le temps déjà écoulé sur l'année scolaire avant son entrée à l'Ecole.

Proposition du renvoi de cette question à la Commission scolaire pour l'examiner. Adopté.

5° Une lettre de démission de *M. Choquet*, bibliothécaire adjoint.

M. Choquet soumet les raisons qui l'ont forcé à donner sa démission, ajoutant que, sur les instances de M. Godon, président-directeur, il a consenti à retirer sa démission de membre du Conseil, mais qu'il maintient celle de bibliothécaire-adjoint.

Réplique de *M. Bonnard.*

Pour clore l'incident, *M. le Dr Sauvez* propose l'ordre du jour suivant :

Le Conseil de direction, après avoir entendu les explications de MM. Bonnard et Choquet, considérant que :

1° M. Bonnard, seul responsable, d'accord avec le directeur avait le

droit de refuser de toucher à une collection dont la remise officielle n'avait pas été faite à l'Ecole ;

2° M. Choquet a vu dans cette mesure un manque de confiance en lui ;

Prie M. Choquet de revenir sur sa démission et passe à l'ordre du jour. — Adopté.

Proposition d'allocation à Mlle Merlanchon pour le temps consacré à l'inventaire de la collection Dubois. Sur la demande de M. Godon, appuyée par M. Bonnard, une gratification de 30 fr. à prendre sur la caisse de l'école lui est accordée.

A la suite d'une communication de M. Godon sur les projets de Congrès internationaux, M. le Dr Sauvez, président du bureau central du Congrès de Nancy, fait une proposition au sujet des comptes rendus du Congrès dentaire de Bordeaux.

Réplique de *M. Godon.*

M. le Dr Sauvez dépose l'ordre du jour suivant, qui est mis aux voix et adopté :

Le Conseil, dans l'intérêt de l'école qui a pris l'initiative d'organiser le 1er Congrès dentaire national à Bordeaux, regrette que la publication des comptes rendus n'ait pas encore été faite et prie le comité de publication de vouloir bien s'occuper de terminer ce travail le plus rapidement possible et fixer en même temps une date pour la publication de ces comptes rendus.

Proposition de *M. Godon,* tendant à la réintégration de M. Chauvin dans le corps enseignant.

Discussion à ce sujet entre *MM. Godon, Loup, Sauvez, Martinier, Stévenin.*

Le bureau est chargé de présenter à la prochaine séance un rapport sur la réintégration de M. Chauvin, qui devra s'engager, au cas où sa réintégration serait acceptée, à abandonner toute collaboration à une autre école.

Sur la proposition de M. Martinier, professeur, M. Cecconi est nommé démonstrateur de prothèse pour le jeudi.

Lettre de *M. Arnold,* demandant un congé de 3 mois. Accordé.

Demande d'admission de M. Lucien Vichot D. E. D. P. comme membre de la Société. Accordé.

Admissions de MM. Guex, de Strasbourg, Laurent (de Vernon), Whiting (de Vichy).

M. Godon propose d'ouvrir un concours en octobre pour la nomination d'un chef de clinique de prothèse.

Communication par le président du rapport sur le fonctionnement des divers services de l'Ecole et de la clinique pendant le mois de mai.

La séance est levée à minuit.

Séance du 21 juillet 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Séance ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Godon, Lemerle, Martinier, Papot, Prével, Roy, Sauvez et Viau.

Correspondance.

M. le Secrétaire général donne lecture de lettres :

1° De *M. Brouardel,* concernant une note présentée au Conseil supérieur de l'instruction publique ;

2° De *M. d'Argent,* trésorier, remettant son rapport à la séance d'août ;

3° De *M. Choquet*, confirmant sa démission de bibliothécaire-adjoint. Cette démission est acceptée.

4° De *M. Jeay*, concernant le procès-verbal du 25 février et donnant sa démission de secrétaire-adjoint. Cette démission est acceptée ;

5° De *M. Sautier*, demandant son admission comme membre de la Société.

Le Conseil charge M. Papot de prendre les renseignements nécessaires pour cette admission.

M. Papot lit son rapport sur les examens de fin d'année de la scolarité 1895-96 (session juin).

La 4e inscription est accordée aux élèves de 1re année dont les noms suivent :

MM.	Amillac.	Mlle	Challiot.	MM.	Gadeau.
	Bayavel.	MM.	Chateau.		Garcin.
	Barthélemy.		Delacoux.		Paillard.
	Brodeur, Arth.		De la Loge.		Pittet.
	Calame, L.		Eudlitz.		Pourquié.
	Casati.		Fertin.	Mlle	Weil.
	Cernéa.		Fouques.	M.	Wilbert.

Sont admis en 2e année les élèves de 1re année ayant subi avec succès leur examen de fin d'année. Maximum 48 points, minimum 28.

MM.	Pourveur........	41 1/2	MM.	Delacoux........	34 1/2
	Amillac..........	40		Barthélemy......	33 3/4
	Bayavel.........	39 1/2		Pourquié........	32 1/4
	Wilbert..........	38 3/4		Gadeau..........	31
	Cernéa..........	38 1/2		Chateau.........	30 1/4
	Fischer..........	38	Mlles	Challiot.........	30
	Brodeur.........	37		Weil............	30
	Casati..........	35 1/2	MM.	Pittet...........	29
				Fouques.........	28

La 8e inscription est accordée aux élèves dont les noms suivent :

MM.	Aubert.	MM.	Calame.	MM.	Oustrie.
	André.		Crapez.		Pellet.
	Baudet.		Fort.		Ribard.
	Baumgarden.	Mme	Gelbestein.		Robach.
Mme	Bicault.	MM.	Giret.		Tenet.
Mlle	Bouret.		Hachet.		Thiébault.
MM.	Bouzique.		Huron.		Thomas.
	Brodeur, L.		Logan.		Viers.
	Buscail.		Mussat.		Vincent.
	Cahen.		Hoguès.		Weil.

Sont admis en 3e année les élèves de 2e année ayant subi avec succès leur examen de fin d'année. Maximum 72 points, minimum 42.

MM.	Viers............	63 1/2	MM.	Huron...........	49 1/4
	Calame..........	61 3/4		Aubert..........	48 1/2
	Vincent..........	60		Thomas....	47
	Tenet...........	56 1/2		Hoguès..........	46 3/4
	Robach..........	56 1/4		Ribard..........	46 3/4
	Mussat..........	52 1/2	Mme	Gelbestein........	45 3/4
	Baudet..........	51 1/4	MM.	Buscail..........	45 1/4
	Cahen...........	49 3/4		Baumgarden.....	43 1/4
	Hachet..........	49 1/2			

La 12e inscription est accordée aux élèves dont les noms suivent :

MM. Ash.	MM. Fortier.	MM. Papazian.
Aslan.	Gauthé.	Mme Salomon.
Baudelot.	Gross.	MM. Sauvigny.
Décolland.	Huguenet.	Thumas.
Duvignau.	Jouanin.	Valderamma.
Mme Faurou.	Kintgen.	

Sont admis à l'obtention du diplôme les élèves de 3e année ayant subi avec succès l'examen général. Points : maximum 126, minimum 73.

MM.	Duvignau.......	117 1/2	Mme	Faurou.........	91
	Décolland.......	107 3/4	MM.	Ash...........	89 1/2
	Kintgen........	104 3/4		Jouanin......	87 3/4
	Baudelot......	104 1/2		Papazian.......	87
Mme	Salomon.......	100 1/2		Huguenot......	84
MM.	Thumas........	96		Aslan.........	82 1/2
	Zbinden......	94		Sauvigny......	80 3/4
	Valderamma....	93 1/4		Fortier.........	77 1/2
	Gauthé.........	91 3/4			

Le rapport de M. Papot est adopté.

M. Papot demande la réunion en un seul chapitre de tous les articles du règlement concernant les examens. Adopté.

Il demande que, pour les cours, durant 2 années, il y ait 2 examens. (Renvoyé à la Commission d'enseignement) ;

que tous les candidats ne soient pas examinés dans une seule séance ;

que le jury soit formé de 3 professeurs, comme à la Faculté, et que l'on supprime les assesseurs.

M. Martinier pose une question au sujet de la non-observance de l'article du règlement prescrivant le tirage au sort des questions d'examens.

MM. Papot, Roy, Godon et *Sauvez* prennent part à la discussion.

M. Papot est nommé membre des commissions de l'enseignement et du local.

M. Roy fait un rapport sur la réintégration de M. Chauvin dans le corps enseignant et conclut en faveur de cette proposition.

Il est procédé au vote par bulletin secret.

La proposition est adoptée.

En conséquence M. Richard-Chauvin est réintégré dans ses fonctions de professeur.

M. le Président donne lecture des modifications à introduire dans la brochure.

M. d'Argent propose des modifications spéciales au sujet des versements qui devront être faits par trimestre.

M. Godon demande que la somme soit due pour l'année entière.

Don de *Mme Jourdheuil* d'objets provenant de la collection de son mari pour le musée. Vote de remerciements.

La nomination d'un assistant de clinique pour les vacances est renvoyée au bureau.

Lettre de *M. Mahé*, D. E. D. P., demandant à être préparateur du cours d'anatomie dentaire.

M. Mahé est nommé préparateur.

Rapport de *M. le Surveillant général* concernant les absences et les présences du corps enseignant.

Séance levée à 11 heures 3/4.

Séance du 4 août 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Séance ouverte à 9 h. 1/4. — Présents : MM. Bioux, Godon, Martinier, Papot, Roy, Sauvez et Stévenin.

MM. Choquet, Lemerle, Prével et *Viau* s'excusent par lettre.

Adoption des procès-verbaux des 16 juin et 21 juillet 1896.

Le Conseil décide de ne procéder à la nomination du secrétaire-adjoint qu'à une séance ultérieure ; il décide en outre que, jusque-là et pour chaque séance, le sort désignera, en dehors du président et du secrétaire général, celui qui exercera ces fonctions.

M. de Croës, sur la présentation de M. Bonnard, est nommé bibliothécaire-adjoint.

A la suite d'une question de M. Martinier et pour faciliter aux membres du corps enseignant l'emprunt des livres de la bibliothèque, le Conseil décide que ceux-ci pourront adresser leur demande au bibliothécaire à l'aide d'une formule que l'administration mettra à leur disposition. Sur cette fiche il suffira d'inscrire le nom du livre et, sur l'ordre du bibliothécaire, un employé de l'Ecole sera chargé de le porter à l'emprunteur.

La Commission d'enseignement propose la nomination de M. Papot comme professeur titulaire à dater du 1er novembre 1896. Adopté.

M. Papot, au nom de la Commission scolaire, indique qu'il a fait subir des modifications d'ordre au tableau des cours ; elles sont adoptées.

Après discussion le Conseil décide aussi que le cours des maladies de la bouche ne sera fait que pour la 3e année et par conséquent ne durera qu'une année. Le cours de pathologie générale est maintenu pour la 2e et la 3e année.

Le tableau des cours devra indiquer que l'enseignement de la prothèse est fait à la clinique en même temps qu'au laboratoire et que le livre d'inscriptions sera clos le 15 novembre.

Sur la proposition de la même Commission, le Conseil vote quelques modifications au règlement des examens, entre autres les suivantes : les examens seront passés devant un jury composé de professeurs des cours, assisté d'un délégué de la Commission scolaire. Ils auront lieu en trois séances. La dissertation écrite est rétablie pour tous les élèves qui subiront l'examen de troisième année.

Cinquantenaire de l'anesthésie.

Le Conseil, ayant pris connaissance de l'invitation qui lui est faite, charge son bureau d'étudier la question et de lui faire un rapport.

Admissions.

Admission de M. Sautier, comme membre de la Société, et admission comme élèves bénévoles de plusieurs diplômés de la Faculté de médecine.

M. Choquet, rapporteur de la Commission des archives et de la bibliothèque, lit son rapport, qui est adopté. Une somme est votée pour reliure, achat de livres et de nouveaux rayons, et travaux supplémentaires pour la réorganisation et l'agencement de la bibliothèque.

Sur le rapport de la Commission scolaire, le règlement des examens est adopté pour l'année scolaire 1895-96.

Admissions.

M. Georges, chirurgien-dentiste, à Cette (Hérault) ;
M. Léon Martinaud, chirurgien-dentiste, à Taizie-Aizie (Charente).
M. Louis Bruno, D. E. D. P., à Charleroi (Belgique).

Démission.

Mlle Berg, D. E. D. P., adresse sa démission de membre de la Société. Acceptée.

M. Godon rend compte des démarches qu'il a faites en vue de l'admission de délégués des Ecoles dentaires auprès du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Séance levée à 11 h. 3/4.

AVIS

Une session extraordinaire d'examen (épreuves théoriques de 3e année), destinée aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris qui ont échoué aux épreuves théoriques de l'examen général, sera ouverte au commencement du mois de mars prochain, afin de permettre à ces élèves de se présenter à la session régulière de la Faculté.

MM. les membres de l'Association qui n'ont pas encore effectué le payement de leur cotisation de l'année 1896, sont priés d'adresser le montant de cette cotisation en un mandat sur la poste à M. Rollin, trésorier, 138, rue de Rivoli, Paris.

Le concours pour un poste de chef de clinique de prothèse est ajourné au dimanche 20 décembre prochain.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. Majesté et L. Bouchardeau

16e ANNÉE. N° 9. SEPTEMBRE 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

ESSAI DE THÉORIE DE DÉRIVATION DE LA DENTITION HUMAINE D'UN TYPE BICUSPIDIEN UNIQUE [1].

Par M. le Dr A. ETERNOD,

Professeur ordinaire d'histologie et d'embryologie à l'Université de Genève.

Généralement les descriptions méthodiques des dents humaines données dans les manuels d'anatomie laissent beaucoup à désirer, et cependant les dents humaines ont chacune une caractéristique parfaitement marquée. Les meilleures descriptions sont assurément celle de Mühlreiter et de Zuckerkandl. Il y a quelques années nous avons fait faire un travail portant essentiellement sur les caractères extérieurs des dents par M. E. Oltramare, ancien élève de l'école dentaire de Genève. L'année passée, nous donnions nous-même, dans une communication orale à la réunion de la Société odontologique suisse à Genève, un aperçu succinct de nos idées sur la dentition humaine. Les membres présents parurent goûter ces conceptions et déclarèrent qu'elles simplifiaient beaucoup l'idée générale et particulière qu'il faut se faire de chaque dent.

Aujourd'hui je pense bien faire en exposant ces mêmes idées devant un public de spécialistes anatomistes.

Nous pensons que *l'on peut faire dériver toutes les formes de dents humaines d'un type bicuspidien unique* et qu'il n'y aurait par conséquent pas chez l'homme, comme on le dit d'ordinaire, de dents cuspidées simples (canines).

Cette thèse peut être défendue au point de vue anatomique normal, tératologique et pathologique, ainsi qu'au point de vue génétique et comparée. A supposer même que notre théorie ne se justifiât pas pleinement au sens scientifique rigoureux — et nous pen-

1. Ce travail avait été annoncé et devait être communiqué à la réunion de la Société helvétique des sciences naturelles tenue à Zurich du 2 au 6 août 1896. Devant faire aussi au même congrès une communication se rapportant à l'embryologie humaine, nous avons, vu le nombre des matériaux annoncés, renoncé à présenter notre travail sur les dents.

sons qu'elle se défend par de bons arguments — la description que nous allons essayer de donner resterait encore comme un bon guide, substituant à l'acte de la mémoire pure un certain nombre de règles simples et faciles à raisonner.

Donnons d'abord la description méthodique d'une bicuspidée idéale [1].

Une dent semblable possède deux cuspides : une antérieure volumineuse et une postérieure plus petite ; ces cuspides sont armées de trois tubercules, surtout marqués à la cuspide antérieure, qui sont, par ordre de grandeur : le tubercule médian, le tubercule interne et le tubercule externe. Les deux cuspides sont séparées par un sillon (sillon de soudure au moment du développement). Les faces antérieure et postérieure de la couronne sont bombées dans tous les sens, surtout la face antérieure ; les faces latérales ou proximales sont aplaties, l'externe est plus petite que l'interne.

Il y a deux racines correspondant aux deux cuspides : l'antérieure plus grande et plus forte que la postérieure ; ces racines ont leur extrémité infléchie dans le sens externe. La cavité pulpaire reproduit, en les atténuant, les formes extérieures de la dent.

On peut donc considérer la dent bicuspidienne comme le produit de la soudure de deux dents unicuspidées et uniradiculées plus simples et armées chacune de trois tubercules.

Cela posé, nous estimons qu'il est possible, dans les incisives et dans les canines, aussi bien que dans les molaires, de retrouver constamment des caractères généraux, plus ou moins marqués, plus ou moins atténués, et que l'on peut diviser les dents humaines en deux grands groupes :

1) Dents bicuspidées, plus ou moins modifiées : prémolaires, canines, incisives.

2) Dents formées par la soudure latérale de deux bicuspidées plus ou moins modifiées.

Premier groupe. — Il est facile de passer par une série d'intermédiaires gradués de la bicuspide la plus marquée (2e supérieure) vers l'incisive la plus simple (inférieure centrale), et cela en faisant jouer un rôle toujours plus prépondérant à l'atrophie dans les sens indiqués plus haut pour la prémolaire typique.

Deuxième groupe. — Le type de ce groupe est la seconde molaire inférieure dont les quatre cuspides sont tout près d'être égales, sans l'être cependant. Dans les autres molaires l'atrophie devient toujours de plus en plus marquée. Les quatre cuspides d'une molaire se numérotent de la façon suivante : 1° antérieure interne, 2° antérieure externe, 3° postérieure interne, 4° postérieure externe. Dans les dents de sagesse c'est celle-ci qui disparaît la première.

Décomposant maintenant la dentition humaine en ses groupes naturels, nous distinguerons, suivant l'usage habituel : des *incisives*.

---

1. Dans toute cette description nous supposerons toujours, suivant le système de Tomes, la parabole dentaire déroulée et nous considérons à chaque dent une face antérieure, une face postérieure et deux faces latérales (interne et externe, centrale et dorsale).

des *canines*, des *prémolaires* et des *molaires*, et nous pourrons également poser un certain nombre de règles générales.

Tout d'abord, l'on peut dire que, dans chaque groupe, la dent la plus développée et la mieux caractérisée est la plus interne et que la plus externe est la plus simple, ce qui constitue précisément l'intervalle appréciable qui existe toujours entre deux dents voisines appartenant à deux groupes différents, par exemple entre l'incisive latérale et la canine, entre celle-ci et la première prémolaire et, enfin, entre la seconde prémolaire et la première molaire.

De même que dans chaque dent isolée la partie externe est moins bien caractérisée que la partie interne, de même dans chaque groupe dentaire la dent la plus externe est celle qui est la moins bien développée. Si nous prenons toutes les dents d'une même arcade, nous aurons donc une ligne continue intercuspidienne courant entre les deux rangées de cuspides antérieures et postérieures. Cette ligne tend, en règle générale, à s'abaisser à mesure qu'on se rapproche de la ligne médiane, c'est-à-dire de l'incisive centrale. La rangée des cuspides postérieures est constamment plus basse que la rangée des cuspides antérieures, de sorte que, d'une façon générale, toutes les dents sont sans exception légèrement rétroversées et cela, pour chaque groupe, d'autant plus que la dent est plus externe. Si nous comparons une arcade à l'autre, les dents de l'arcade supérieure sont plus volumineuses que celles de l'arcade inférieure ; par l'exemple, l'incisive centrale, la canine, la première et la seconde prémolaire supérieures sont plus grandes que les dents correspondantes inférieures.

Cette donnée est importante pour faire saisir les rapports mutuels des deux arcades dentaires. Comme les dents supérieures sont plus grandes que les inférieures, elles déploient une courbe plus grande, qui, superposée à la courbe des dents inférieures, déborde celle-ci de toutes parts, aussi bien en avant (prognathisme) que latéralement. Il en résulte forcément que les cuspides supérieures débordent tout autour sur les cuspides correspondantes inférieures et que la rangée des cuspides postérieures et supérieures tombe dans le sillon intercuspidien général des dents inférieures. Les incisives, avec leurs cuspides postérieures très atrophiées, ne font qu'une exception apparente à ce mode d'engrènement.

Ajoutons que chaque dent d'une rangée a pour antagonistes deux dents de la rangée opposée, et nous saisirons sans peine la loi de constance pour la position des *facettes d'usure*.

Toutefois, il faut remarquer qu'à la ligne médiane et aux extrémités de la parabole dentaire les dents *incisives* centrales et les dents de sagesse tombent exactement l'une sur l'autre : l'incisive centrale inférieure ne correspond qu'à la moitié de l'incisive centrale supérieure, ce qui donne l'alternance d'engrènement. Celle-ci se maintiendrait jusqu'au bout de la parabole si la première molaire inférieure n'était pas exceptionnellement volumineuse, ce qui remplace la moitié de dent manquante.

Au point de vue pathologique, les dents se carient de préférence

à des endroits déterminés : dans le sillon intercuspidien général, aux faces proximales, aux cuspides postérieures et enfin, seulement en dernier lieu, aux cuspides antérieures. Dans les incisives et les canines la carie attaque avant tout le voisinage du *cingulum*, qui n'est autre que le correspondant de la cuspide postérieure très atrophiée. Cela se comprend, car les endroits de prédilection de la carie sont les lieux de résistance moindre. Au point de vue génétique, c'est au niveau du sillon qu'à un moment donné, lors du développement de la dent dans le follicule, s'est opérée la soudure des deux cuspides antérieures et postérieures, d'abord distinctes et représentant en quelque sorte deux rangées de dents élémentaires coniques et sans racines. C'est là peut-être un vestige philogénétique du mode d'évolution de notre dentition, laquelle a été probablement représentée par des rangées dentaires distinctes dans le genre de celles qu'on retrouve encore actuellement chez beaucoup de poissons, notamment chez les squales et les requins.

Somme toute et pour terminer, nous croyons, à la suite des considérations ci-dessus :

1° Que chaque dent humaine, placée au couronnement de la série organique, est toujours complexe et que la dent la plus simple est une bicuspidienne ;

2° Que la dentition humaine est en voie de régression sur toute la ligne, d'une façon générale par l'atrophie de la rangée cuspidienne postérieure, et en particulier par l'atrophie marquée de chaque groupe dentaire à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane, atrophie engendrant les hiatus qui se remarquent entre les divers groupes dentaires et dont le diastéma est le plus marqué.

SERINGUE HYPODERMIQUE STÉRILISABLE

PAR M. OSCAR AMOEDO

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

Après avoir essayé presque toutes les seringues pour injections hypodermiques existant dans le commerce, j'ai constaté que la plupart d'entre elles ne sont pas stérilisables. Elles ont toutes le défaut de lâcher brusquement l'aiguille, lorsqu'on fait une injection forcée dans les tissus peu extensibles de la muqueuse buccale, et bien des fois, pour ma part, j'ai reçu dans les yeux le contenu de la seringue. Ceci arrive fréquemment lorsque l'injection est huileuse, comme c'est le cas avec le phénil-cocaïne et le gaïacol, si employés par les dentistes.

Les aiguilles vissées au corps de pompe, faites pour parer à cet inconvénient, ont une rondelle de cuir afin d'assurer l'ajustage et d'éviter les fuites ; mais ces rondelles s'égarent facilement et surtout elles ne peuvent pas être stérilisées.

Je me suis donc mis à la recherche d'un modèle pouvant maintenir solidement l'aiguille dans le corps de pompe et en même temps se stériliser facilement. J'ai dû beaucoup tâtonner et dépenser passablement de temps et d'argent ; mais j'ai la satisfaction d'avoir pu finir le modèle que j'ai l'honneur de vous soumettre et qui, je crois, réunit toutes les qualités désirées.

Cette seringue (fig. 1) est composée d'un corps de pompe entiè-

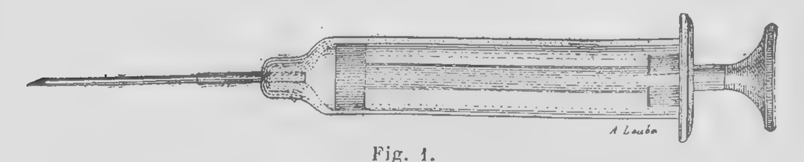


Fig. 1.

rement en verre transparent (fig. 2). Une de ses extrémités est re-

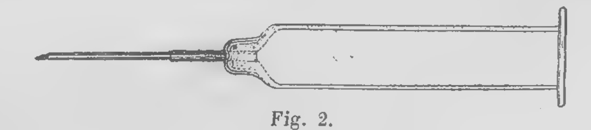


Fig. 2.

tournée en forme de champignon pour donner un point d'appui à l'index et au médius au moment de faire l'injection ; l'autre extrémité est conique et soudée directement à un tube métallique. A ce tube est soudée à l'étain une aiguille en acier, de sorte que l'aiguille et le corps de pompe ne font qu'une pièce unique.

Ces aiguilles sont du plus petit calibre possible (5/10 mm.) ; leurs pointes sont taillées très court, de manière à pouvoir commencer l'injection du liquide dans les gencives ou la peau aussitôt qu'on a introduit 5 à 6/10 mm. Cela permet de faire des piqûres absolument indolores.

Le piston (fig. 3) est composé de deux disques indépendants, montés chacun sur une tige ; ces deux tiges sont concentriques, l'une

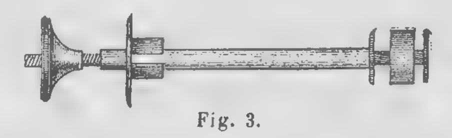


Fig. 3.

est creuse et l'autre pleine. Entre les deux disques est placé un segment de cylindre en caoutchouc amianté, en forme de baril ; à l'autre bout de la tige centrale ou pleine est vissé un bouton. En tournant ce bouton, les deux disques se rapprochent et compriment le caoutchouc, en le faisant déborder et toucher le corps de pompe régulièrement de tous côtés. Une douille métallique perforée au

centre et fixée au verre à frottement dur maintient la tige dans l'axe du corps de pompe.

En somme, ce système de serrage du piston n'est autre que l'application du vulgaire procédé des bouchons anglais bien connus de tous.

Pour régler la pression du piston on tourne le bouton entre l'index et le pouce de la main droite. Ici c'est la pratique qui doit servir de guide, car le caoutchouc est plus ou moins compressible, selon qu'il est neuf ou usé.

Une fois la tension réglée, le bouton est maintenu où on le laisse par une sorte d'engrenage à arêtes mousses, disposé entre le bouton et la tige extérieure ou creuse.

J'ai supprimé le curseur que la plupart des seringues portent vissé à la tige, car ce n'est qu'un encombrement et dans la pratique on ne s'en sert jamais. J'ai simplement divisé la tige en cinq parties correspondant chacune à 20 centigrammes.

La seringue complète avec un corps de pompe et six pistons de rechange est placée dans une boîte en métal nickelé.

Pour stériliser la seringue, on met de l'eau dans la boîte et on la porte à l'ébullition en la plaçant sur une flamme.

De cette façon on a le corps de pompe de rechange tout prêt à remplacer celui de la seringue, en cas d'accident au moment précis de s'en servir.

On peut remplir la seringue par l'aiguille ou bien par l'autre bout en déplaçant le piston. Dans ce dernier cas, il faut veiller à ce que le liquide soit absolument libre de corps étrangers, autrement ceux-ci viendraient boucher l'aiguille.

Lorsqu'on emploie une solution de cocaïne, il faut laver la seringue ensuite, car j'ai remarqué que les sels de cocaïne bouchent l'aiguille en se cristallisant.

Chaque fois qu'on se sert de la seringue, on doit bien sécher les aiguilles et les garnir d'un des fils d'argent qui se trouvent dans la boîte. On doit aussi dévisser le piston pour le laisser en repos.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GREFFE DENTAIRE

Rapport présenté au Congrès de Nancy par M. A. Loup.

L'année dernière, au Congrès de Bordeaux, j'eus l'honneur d'être nommé délégué au Congrès de Nancy de 1896.

Si j'ai des remerciements sincères à adresser aux aimables confrères qui ont bien voulu, malgré mon refus de faire partie du bureau, insister par leur vote pour ma nomination, j'ai quelque crainte aujourd'hui en me présentant à eux pourvu d'un autre mandat: celui de rapporteur sur la greffe dentaire, crainte bien justifiée

par l'étendue de cette question qui a tant aiguillonné de cerveaux, surtout depuis que Younger nous a fait connaître ses opérations sur les implantations de dents sèches dans des alvéoles artificiels. Néanmoins, sentant bien la valeur de ce vote de 1895, très touché de la confiance de mes confrères, j'aborderai ce sujet dans ses points essentiels et je leur présenterai ce travail sous un titre plus modeste : *Contribution à l'étude de la greffe dentaire* plutôt que comme un *Rapport* sur cette question si vaste, rapport que diverses circonstances ne m'ont pas permis de faire.

INTRODUCTION.

La greffe des dents est une opération tellement à l'ordre du jour, tellement suggestive et tellement séduisante qu'il n'est pas surprenant de voir beaucoup de nos confrères en être enthousiasmés et ne songer qu'à trouver l'occasion de pratiquer cette prothèse idéale. Bien plus, le public lui-même a suivi avec intérêt les progrès de cette opération, et aujourd'hui on vous demande à tort et à travers l'implantation comme susceptible de remédier à tous les malheurs buccaux.

Aussi votre bureau de Paris a-t-il pensé qu'il était bon d'éclaircir un peu le problème, surtout au point de vue de ses résultats éloignés. *A priori* la chose est belle et mérite un certain intérêt ; certes il est très beau de pouvoir, sans le secours d'un appareil prothétique, remplacer une dent dans une bouche fraîchement dégarnie, dans une bouche qui verse encore de rouges larmes sur la disparition d'un de ses plus beaux ornements.

N'est-il pas encore plus merveilleux de pouvoir impunément faire un trou, un alvéole artificiel dans ce tissu osseux, si tolérant, et d'y planter une dent fraîche ou sèche depuis déjà longtemps ?

Il y a là de quoi frapper les imaginations : nous faisons de l'esthétique jusqu'au naturel, de l'idéal une réalité !

Cependant, la chose n'est pas si aisée qu'on peut le penser, car il ne faut pas croire qu'on puisse faire de l'implantation à volonté. Malgré sa simplicité apparente, on ne saurait l'exécuter dans n'importe quelle condition.

Il faut s'entourer de garanties très sérieuses, et il suffit d'étudier la question assez profondément pour se convaincre qu'une implantation ne consiste pas dans la simple introduction d'une dent dans un alvéole, mais qu'il y a une question de terrain, de réaction inflammatoire, d'ostéite consécutive, sans oublier que la dent à greffer ou à implanter doit se trouver dans certaines conditions que nous définirons plus tard.

Dans un premier chapitre nous ferons un peu d'historique, ce qui est indispensable pour pouvoir suivre les phases des opérations qui se rattachent à la greffe dentaire, puis, dans un autre, consacré à l'anatomie pathologique et au processus de réparation, nous verrons comment se consolident les dents réimplantées ou transplantées.

Nous verrons les différentes greffes, leurs indications, le manuel opératoire, déjà très connu — de sorte que nous ne ferons que le signaler — et les suites de chaque opération.

Après nous être occupé de la greffe proprement dite, nous étudierons l'implantation de dents sèches, de dents décalcifiées, puis nous tirerons quelques conclusions de l'ensemble de ces opérations.

HISTORIQUE.

Pour faire l'historique de la greffe dentaire il faudrait remonter loin, et cela sans grand intérêt, car au début c'était une opération empirique, sans aucune base scientifique. C'était en tout cas une chose blâmable, barbare à l'excès, car il s'agissait surtout de transplantation plutôt que de réimplantation, et c'est pour quelque argent seulement que quelques enfants pauvres, savoyards en général, donnaient leurs dents qui devaient parer les belles coquettes du temps.

Nous ne saurions admettre aujourd'hui ces procédés qui ne répondent plus à nos mœurs, fort heureusement plus humanitaires. Actuellement cette opération a singulièrement diminué, par suite de l'interdiction morale que nous nous imposons de n'avulser des dents que lorsqu'elles sont absolument nuisibles.

Il faut remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver une mention de la greffe dentaire à propos de fractures des maxillaires, dans lesquelles les dents étaient maintenues par des fils métalliques.

Mais il est fort probable que ce n'est pas là le point de départ de la greffe et que cette idée ingénieuse sera plutôt venue à un praticien devant une dent saine avulsée accidentellement ou par maladresse.

D'autre part, on a attribué la réimplantation à Albucasis, parce que, dit-il en parlant des dents tombées [1], « on les remplace par des » os de bœuf que l'on taille en forme de dents et que l'on pose à la » place de celles qui sont tombées ». Blandin dans sa thèse de concours [2] cite les paroles d'Albucasis et rapporte bien à tort un fait purement prothétique à la physiologie dentaire, car il s'agit de dents maintenues dans la bouche à l'aide de ligatures.

Ambroise Paré pratiqua la réimplantation pour luxation et rapporte le premier exemple authentique de transplantation avec succès. Cependant il ne l'a pas vu et dit : « Un homme digne d'être » cru m'a affirmé qu'une princesse ayant fait arracher une dent, » s'en fit remettre subit une autre, d'une sienne damoiselle, laquelle » se reprint, et quelque temps après mâchait dessus comme sur » celle quelle avait fait arracher ; cela ay-je ouy dire, mais je ne » l'ai pas veu [3]. »

Pierre Dupont, dans le but de mettre la dent à l'abri de la douleur, la réimplantait (1633).

---

1. Albucasis, *Chirurgie,* traduc. Leclerc, Paris, 1865.
2. Blandin, *Des Dents*, Paris, 1836.
3. Œuvres complètes, Edit. de Malgaigne, t. II.

En 1744, Mouton cite une opération de réimplantation, suivie de succès, de dents incisives temporaires sur un enfant de quatre ans[1].

Lécluse (1755) a pratiqué cette opération trois cents fois sur des soldats des Flandres et sur quatre-vingts pauvres gens.

Bourdet (1757), Jourdain (1761)[2], Fauchard cité par Mitscherlich, ont pratiqué cette opération, mais surtout dans les cas de douleurs intenses, dans le but de les supprimer.

Bourdet qui décrit la manière de fixer une couronne artificielle sur la racine avant de la remettre en place, ignore la résection du sommet dans les cas de fistule ou d'abcès et ne voit que l'extraction définitive comme remède à ces complications.

On ne pratiquait pas non plus le drainage à cette époque, de sorte que, malgré le nombre assez considérable de succès que l'on obtenait, on ne peut être surpris que cette opération n'ait pas eu beaucoup de vogue, car les insuccès n'étaient pas en minorité.

Cependant la première résection dont il soit fait mention est de Bourdet, quoiqu'il ne la pratiquât pas pour des lésions radiculaires[3].

Il paraît que ce fut Hunter qui aurait le premier conseillé la résection intentionnelle de la racine, et grâce à ce nouveau procédé, devant les succès nombreux qu'il donnait, beaucoup de praticiens se livrèrent de nouveau à cette opération qui était restée en défaveur dans toute la première partie de notre siècle.

Mais c'est Delabarre qui, en 1820, réséqua le premier une portion altérée de la racine dans un cas de périostite chronique avec abcès et fistule ; il obtint un succès.

Une observation de transplantation intéressante est due à Fauchard en 1786. Il transplanta une canine supérieure gauche, à la place d'une dent homologue très cariée, et comme la nouvelle dent était trop grosse, il la lima sur la face postérieure de la couronne jusqu'à ce qu'il eût découvert la pulpe. Il la transplanta quand même, et quinze jours après la dent était très solide. « Une tentative d'obturation de la cavité découverte cause, dit-il, de telles douleurs qu'on la déplombe le lendemain, ce qui fait cesser immédiatement la souffrance. » La dent non obturée dura six années, puis se rompit par suite des récidives de la carie.

Il est facile de diagnostiquer une gangrène pulpaire dans l'observation de Fauchard. La pulpe étant restée, d'une part, sans connexion avec les vaisseaux inclus dans le maxillaire et, d'autre part, en contact continuel à l'extérieur avec des liquides buccaux, ne pouvait que donner lieu à ces complications sitôt qu'on essayait de la boucher.

L'excision pulpaire qu'on pratique aujourd'hui aurait évité ces accidents. La résection radiculaire fut pratiquée par Alquié (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mai 1858) chez un jeune soldat atteint d'une fistule dentaire au menton. La dent fut extraite, la partie nécrosée réséquée et réimplantée avec succès.

1. Bugnot, thèse 1894. *Considérations sur la greffe dentaire.*
2. Jourdain, *Réflexions sur l'art du dentiste* (1761).
3. David, Thèse, *Etude de la greffe dentaire*, 1877.

Coleman et Lyons obtinrent neuf succès dans quatorze cas analogues. Mais c'est surtout à Magitot qu'est due la vulgarisation de ce procédé. Ses premiers essais remontent à 1875 ; il en a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1875 et ses élèves en citent plusieurs cas dans leurs thèses (David 77, Pietkiewicz 76).

Cependant Magitot qui fut, comme nous le disons, le premier à employer systématiquement la greffe comme mode de traitement pour certaines affections non curables par nos procédés ordinaires de thérapeutique, écrivait en 1865 : « Les difficultés qu'on rencontre dans les tentatives de restauration de dents saines, ne sont pas faites pour nous enlever l'incrédulité que nous inspire la relation de cas de réimplantation de dents cariées [1]. »

Il est vrai qu'en 1882, au mot Dent du *Dictionnaire Encyclopédique*, quand il décrit l'indication chirurgicale de la greffe combinée à la résection, il dit : « La greffe est indiquée dans la périostite chronique du sommet, et cette opération est d'une simplicité et d'une innocuité qui défient toute critique sérieuse. »

Après avoir fait cent dix-sept greffes par restitution en 1882, il donne ce classement magistral au mot Dent du *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales* :

Greffe Dentaire	par restitution	immédiate	sans perte de substance.	
			avec perte de subsance	accidentelle.
				intentionnelle.
		tardive ...	sans perte de substance.	
			avec perte de substance.	
	par transplantation..	d'un individu à lui-même		dents semblables.
				dents dissemblables.
		d'un individu à un autre de même espèce.		
		d'un individu à un autre d'espèce différente.		
	hétérotopique.......	greffes de follicules.		
		greffes de dents adultes.		

A présent, comme greffe proprement dite, à part les quelques dents que nous enlevons pour faire des redressements, il ne nous reste plus que la réimplantation, que nombre d'auteurs recommandent avec Magitot comme traitement de certaines affections que nous n'avons pas à définir ici.

Si nous disons : *comme greffe proprement dite*, ce n'est pas sans raison, car il ne saurait, à notre avis, y avoir de comparaison au point de vue de leur moyen de contention, entre la réimplantation, la transplantation et l'implantation ou opération de Younger. Et même le mot greffe est déjà mal approprié, car il ne devrait s'appliquer qu'à l'opération qui consiste à implanter sur un individu le follicule, le germe d'un organe quelconque. Mais enfin le mot est consacré et nous nous en tiendrons à cette désignation.

Voilà où nous en étions lorsqu'en 1886, Younger, de San Francisco [2], vint appeler l'attention générale sur une nouvelle opération d'un grand avenir. Il ne s'agissait rien moins que d'implanter des

1. *Archives générales de médecine* (1865).
2. Younger, *Pacific Medical and Surgical Journal*, janvier 1886.

dents sèches depuis des années. Le retentissement fut grand, car désormais nous n'allions plus être limités, et nous pourrions alors implanter des dents à quiconque en voudrait, non seulement dans des alvéoles naturels, mais aussi dans des alvéoles artificiels.

Enfin, quelques années plus tard, M. Amoëdo nous faisait part d'un procédé nouveau d'implantation : « Implantation de dents décalcifiées dans une solution d'acide chlorhydrique ».

GREFFE. — IMPLANTATION.

Tel est, brièvement, l'historique de ces diverses opérations sur les os.

Avant d'entrer dans l'étude de chacune d'elles, nous croyons nécessaire de faire une distinction et de bien définir ce que nous entendons par « greffe » et par « implantation ». Ces deux mots ne sont pas synonymes, mais s'appliquent à des opérations différentes à tous les points de vue.

La *greffe* consiste dans la réunion intime des tissus, dans la reprise de la vitalité, dans le rétablissement de la circulation dans la dent ou la partie isolée momentanément de sa source de vie.

La greffe est une opération qui doit être immédiate et porter sur un tissu de la même famille ; la vie ne doit pas s'arrêter.

L'*implantation* consiste dans l'introduction, au sein d'un milieu vivant, d'un corps ayant vécu et dépourvu de toute vitalité apparente depuis plus ou moins de temps, ou d'un corps inorganique, neutre et n'ayant par conséquent jamais reçu le souffle de la vie.

GREFFE.

Un examen un peu attentif de la question mettra vite sur la voie des phénomènes, peu compliqués en somme, qui vont se passer dans la greffe proprement dite, si toutes conditions requises ont été remplies.

L'antisepsie la plus minutieuse, la plus raisonnée, devra être pratiquée de façon à ne pas mortifier les parties à greffer. Si nous devons faire une greffe d'emprunt (hétéroplastie) nous ne saurons nous entourer de trop de précautions et trop rechercher si le sujet qui fournit la dent n'est pas atteint d'une de ces affections qui déciment l'humanité : nous avons nommé la tuberculose et la syphilis.

C'est assez dire qu'il y a un véritable danger si l'on ne s'entoure pas de toutes les précautions, même les plus exagérées. Nous croyons même qu'il ne serait peut-être pas prudent de faire cette opération avec une dent venant d'un sujet en convalescence d'une fièvre typhoïde, par exemple. Et nous appuyons avec intention sur ces précautions, car il nous semble que l'antisepsie même rigoureuse n'est pas capable de détruire le germe infectieux dans ce morceau vivant que nous devons greffer.

Nous nous expliquons : il nous semble difficile qu'un morceau de peau provenant d'un syphilitique puisse impunément et sans

crainte d'inoculation, être greffé sur un individu sain, car il est fort probable que si nous faisons subir à ce lambeau un traitement capable de lui faire perdre toute virulence, les cellules humaines qui le composent auront perdu toute vitalité. D'où inoculation et greffe ou pas de reprise vitale et pas d'inoculation.

L'antisepsie crée un milieu impropre à toute vitalité. Tant que nous opérerons sur un sujet vivant, les bactéries (cellules végétales, isolées) périront plus vite que les cellules nous composant, car celles-ci vivent en colonies, se prêtant un mutuel appui, vivant les unes par les autres, ce qui constitue une force considérable en présence de ces ennemis isolés que sont les bacilles ; si nous opérons, au contraire, sur un morceau séparé, comme l'est une dent que nous désirons transplanter, les conditions ne sont plus les mêmes : la colonie cellulaire est bien petite et n'a plus d'attache vivante et il nous paraît presque certain qu'elle doit disparaître, en tant que vitalité, en même temps que les microbes.

La greffe dentaire proprement dite comprend la réimplantation et la transplantation.

Si une dent saine est accidentellement expulsée de l'alvéole, on peut immédiatement la replacer avec un succès presque certain.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une périostite chronique rebelle, de tumeurs du périoste, de fistules, etc., et que tout traitement de la dent a échoué, la réimplantation est la dernière ressource de la chirurgie conservatrice.

Une fois l'opération décidée, on extrait la dent avec beaucoup de précautions ; les mords du davier ne devront pas, autant qu'il est possible, monter plus haut que le collet pour ne pas trop blesser le périoste. La dent sera ensuite maintenue dans une solution antiseptique faible et tiède pour préparer la cavité. La pulpe et ses débris seront enlevés, le canal bien désinfecté par l'ouverture de la carie ou par une ouverture pratiquée sur la couronne.

Certains opérateurs préfèrent replacer la dent dans son alvéole sans avoir obturé les canaux ni la chambre pulpaire, comptant sur cette ouverture pour laisser écouler, s'il y en a, les liquides pathologiques. Nous ne sommes pas de cet avis et préférons l'occlusion immédiate, après désinfection et de la dent et de l'alvéole.

Si l'extrémité radiculaire présente des altérations, de la nécrose ou une mortification du périoste, elle sera réséquée avec de grandes précautions pour ne pas faire d'éclats ; nous préférons de beaucoup pour cette opération une scie fine à la pince dont on n'est pas sûr. En outre les bords de la section seront limés avec une lime douce, en procédant de la périphérie au centre, afin de ne pas introduire de débris entre le périoste et la dent.

D'ailleurs toutes ces précautions ont été signalées nombre de fois avant nous et il n'est pas besoin de s'étendre davantage. P. Dubois les a mentionnées, d'après l' « American System of Dentistery », dans son *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste* et nous y renvoyons bien volontiers.

Une fois la dent préparée comme il convient, on la place dans

l'alvéole, en la maintenant avec les procédés dont nous disposons.

Si au contraire la dent a sa pulpe vivante, on peut la remettre immédiatement, et la pulpe a beaucoup de chance pour ne pas survivre à ce traumatisme, ou enlever la pulpe et obturer la cavité tout de suite, pour remettre la dent en place. Nous pensons que cette dernière pratique est préférable, car il est fort probable que la reprise de la vitalité n'a pas lieu si l'on considère l'extrême ténuité de la section du nerf à l'apex et la rétraction qui doit se faire sitôt la séparation, rétraction qui doit sûrement s'opposer au rapprochement des deux parties.

P. Dubois pense que chez les jeunes sujets la vitalité de la pulpe peut se rétablir; c'est possible, quoique la chose n'ait pas été démontrée ; en tout cas, il y aurait une apparence de preuve. L'ouverture du canal est très grande et offre une section d'un diamètre relativement large et plus susceptible de se raccorder avec la partie restée dans le maxillaire.

Cependant il y a lieu de se demander, en admettant que la vitalité reprenne, si elle est complète ou partielle. *A priori* la reprise des vaisseaux sanguins nous paraît possible, non celle des filets nerveux, de sorte qu'il ne pourrait y avoir dans ces semblants de reprise qu'un rétablissement de la circulation formant une anse en passant des veines aux artères pulpaires comme à l'état normal, mais sans reprise nerveuse C'est une vie végétative.

La transplantation ne diffère de la réimplantation que par la provenance de la dent à greffer. Ce n'est plus une greffe par restitution, mais une greffe d'emprunt *autoplastique* si la dent vient de la bouche de l'opéré, *hétéroplastique* si elle est donnée par un autre individu.

On devra, autant qu'il est possible, éviter la résection du sommet radiculaire et mieux vaut excaver le fond de l'alvéole que de toucher le périoste de la dent. Pour préparer celle-ci, on la tiendra dans un linge humide d'une solution antiseptique faible et on enlèvera la pulpe par une ouverture pratiquée sur la couronne. Cette ouverture servira ensuite à fouler la matière obturatrice jusque dans les canaux; C'est ainsi que nous pratiquons.

Une fois que la pulpe est enlevée, le canal nettoyé, lavé, nous prenons de la gutta-percha bien ramollie par la chaleur et nous la foulons dans l'intérieur de la dent, jusqu'à ce qu'elle ressorte par l'apex, puis avec un instrument un peu chaud, nous faisons une section nette de la gutta qui dépasse et nous plaçons la dent dans l'alvéole.

PHÉNOMÈNES ET PRONOSTIC DE LA GREFFE DENTAIRE.

Les phénomènes qui président à la reprise d'un tissu ou d'un organe isolé momentanément de sa place normale sont très obscurs encore.

Cependant quelques travaux ont été faits à ce sujet, et parmi ceux-ci nous devons placer ceux de Mitscherlich et de Fredel, déjà signalés dans l'*Aide-Mémoire* de P. Dubois et dont nous extrairons les passages importants.

Trois théories sont en présence :

1° Réunion mécanique ;

2° Réunion cicatricielle avec circulation incomplète ;

3° Restitution *ab integra*.

Mitscherlich s'explique ainsi dans les *Archives générales de médecine* :

« Chez un chien âgé d'un an j'arrachai la deuxième molaire gauche et je la réimplantai. Je tuai l'animal au bout de six semaines, je coupai la tête et j'injectai les deux carotides. La dent réimplantée ne différait de la dent correspondante de l'autre côté que par une légère mobilité.

« Elle avait conservé sa couleur et son éclat naturels et était parfaitement emboîtée de tous côtés par la gencive. Après l'avoir sciée, je constatai que la pulpe n'était nullement altérée ; elle remplissait exactement la cavité de la dent et contenait les éléments normaux. L'injection n'avait rempli les vaisseaux qu'incomplètement. Le périoste adhérait partout exactement, tant à la racine qu'à l'alvéole,et nulle part on ne voyait trace de suppuration. »

Après lui, Fredel renouvela dix-neuf fois la même expérience et voici ses conclusions essentielles :

« 1° L'intégrité absolue des parties dentaires, particulièrement du périoste, est une des conditions indispensables pour arriver à une consolidation définitive ;

« 2° Lorsque cette intégrité n'est pas absolue, on peut obtenir des résultats temporaires qui peuvent rendre de bons services dans la pratique courante ;

« 3° L'extraction dentaire semble toujours être accompagnée d'une division du périoste en deux portions ;

« 4° Dans nos expériences la pulpe s'est constamment mortifiée ; elle a été ensuite partiellement remplacée par un tissu nouveau, accompagné de vaisseaux sanguins et ayant pénétré dans la cavité pulpaire sous forme d'un bourgeon charnu ;

« 5° Lorsque le périoste est enlevé partiellement, les parties correspondantes de la racine (cément, dentine) deviennent le siège d'une résorption d'étendue variable causée par le travail des cellules ostéoclastes ;

« 6° La consolidation du périoste s'opère beaucoup plus rapidement vers le collet que vers la racine ;

« 7° La consolidation peut paraître parfaite extérieurement quoiqu'une grande partie de la racine ait disparu ;

« 8° Dans le cas de résection partielle de la racine, suivie de réimplantation, le vide qui en résulte dans l'alvéole est comblé d'abord par du tissu embryonnaire, puis remplacé plus tard par du tissu osseux. »

Des expériences de Fredel, qui sont les plus nombreuses que nous ayons en la matière, nous pouvons tirer quelques conclusions qui sont les suivantes :

1° La théorie mécanique doit être absolument écartée pour l'explication des phénomènes qui président au maintien de la dent

réimplantée. D'ailleurs un travail mécanique quelconque ne saurait entrer en ligne de compte dans une greffe qui est un phénomène purement vital ;

2° La dent restitution *ab integra* n'est pas possible ou bien elle l'est peu puisque Fredel a constamment trouvé la pulpe mortifiée et remplacée par un bourgeon charnu, à l'encontre de Mitscherlich. N'y aurait-il pas dans ce bourgeon charnu l'explication de cette hypothèse, que nous émettions tout à l'heure, de la reprise des vaisseaux pulpaires rétablissant la circulation sanguine sans la soudure des filets nerveux ?

3° La dent réimplantée possédant son périoste dans toute son intégrité vit dans la bouche à la façon d'une dent non extraite dans laquelle le nerf n'existe plus.

La circulation se rétablit dans tout le périoste et la vie continue.

Black est absolument de cet avis, et il ajoute :

« Si le contenu de la pulpe n'est pas excavé et si une obturation convenable est faite, c'est là une condition d'inflammation d'où peut résulter dans un temps donné la mort des parties molles et du cément aussi.

Si l'inflammation est reconnue et que la santé soit rétablie à la suite d'un traitement, l'attachement de cette dent est analogue à celui d'une dent réimplantée ou transplantée, qui serait demeurée hors de la bouche un temps suffisant pour que le péricément et les tissus mous du cément fussent morts. »

Georges Weld ne nie pas qu'une relation vitale puisse être obtenue quelquefois dans la greffe, réimplantation ou transplantation, mais cela est rare ; en tous cas elle n'existe que pendant la période qui suit l'extraction pendant laquelle la racine se rapproche encore des conditions naturelles et normales, et elle prend fin avec la mort de la membrane péri-dentaire et des éléments protoplasmiques du cément et de la dentine.

La dent devient alors un corps étranger et marche graduellement vers la résorption par suite de l'action des cellules géantes ou ostéoclastes.

Cette dévitalisation de la membrane péri-dentaire du cément et de la dentine suit dans la pratique la réimplantation, la dent étant maintenue alors en place par les granulations des tissus mous qui pénètrent dans les lacunes et les canalicules du cément.

Mon ami M. Mahé m'a communiqué une observation corroborant les idées de ces auteurs. Il s'agit d'une incisive latérale soignée pour une carie du 4[e] degré et atteinte dans le cours du traitement d'une périodontite extrêmement vive. Elle fut obturée après guérison. Huit mois plus tard elle donna lieu à d'intenses phénomènes inflammatoires. Le traitement tenté pour la soigner échoua et il dut enlever la dent. La racine de cette dent présentait sur toute sa partie antérieure une résorption dans toute sa longueur.

Cependant, il faut convenir que ce n'est pas ainsi que se comportent toutes les dents dépourvues de leur pulpe, car nous extrayons

tous les jours des racines dépourvues de toute vitalité depuis des années sans observer la moindre nécrose.

Cela tient probablement à ce que ces racines n'ont jamais donné lieu à des poussées inflammatoires vives susceptibles de décoller le périoste du cément. Celui-ci, une fois la pulpe morte, reste adhérent au cément, à la façon du lierre qui se cramponne au mur, par ces petites ramifications, et continue à alimenter probablement le cément par ces sortes de prolongements. L'inflammation se portant presque toujours et se localisant à l'apex de la racine, nous voyons pourquoi nous trouvons plus souvent l'extrémité radiculaire nécrosée par suite du décollement du périoste que le reste de la racine.

« La digestion de la racine par les ostéoclastes, » désignation de M. Mahé, s'est certainement produite, parce que le périoste s'est trouvé décollé du cément. Il n'y a pas eu de pus qui ait fusé dans ce trajet, mais l'inflammation a dû plus particulièrement atteindre cette région. Le cément, dans cette partie, s'est trouvé dépourvu de vitalité, a agi comme corps étranger et a été le facteur qui a provoqué de la part du périoste la formation de cellules ostéoclastiques.

La réimplantation ou la transplantation se résume donc dans la reprise de la vitalité périostale. C'est ainsi que nous avons toujours compris ces opérations recommandables à tous points de vue.

Une chose qui est bien à remarquer, c'est que partout où le périoste manque sur la racine, le point dénudé est le siège d'une résorption active causée par les ostéoclastes. Or, ceci a son importance dans les implantations, comme nous le verrons quand nous traiterons cette question.

M. Rollin, qui a relaté quelques observations dans le *Dental and oral Science Magasine,* août 1878, a montré des dents dont une, enlevée huit mois après avoir été réimplantée, présente une résorption tellement étendue de la racine que le pivot intérieur supportant une dent artificielle est à nu, et deux autres dents dont il ne reste pas le quart de la racine, pour l'une au bout de cinq ans.

Néanmoins, malgré ces exemples, nous ne pouvons que conseiller la greffe par restitution ou par emprunt, car les résultats favorables sont certes beaucoup plus nombreux que les échecs, et, sans avoir de statistique à ce sujet, il est bien évident que les succès ne se comptent plus.

M. Bugnot a recueilli le fait d'une réimplantation qui avait duré 20 ans; M. Ronnet a fait connaître une observation de greffe datant de 27 ans. Un de nos collègues a, paraît-il, dans la bouche une incisive latérale réimplantée après résection du sommet en 1882.

Sans aller plus loin, ce sont là des services suffisants pour justifier la valeur de cette opération.

Au Congrès international de Paris en 1889, M. Chauvin présenta l'observation d'une réimplantation solide encore au bout de 3 ans; M. Meng, une remontant à deux ans.

M. Prével replaça une dent à une jeune fille de 12 ans au mois d'avril 1893, le lendemain du jour où elle était tombée accidentel-

lement; elle était parfaitement solide au bout de 6 mois (*Revue intern. d'odont.*).

Dans la *Revue inter.* 1893, M. Godon présente des observations fort intéressantes et qui sont un encouragement de plus à la greffe dentaire. Au mois de février 1884, il fit la réimplantation de la 2e bicuspide supérieure droite à la suite d'une périostite chronique consécutive à un 3e degré. Cette dent tint parfaitement bien jusqu'en septembre 1892, époque où elle tomba. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'elle servit, pendant tout ce temps-là, de point d'appui à un appareil. La racine était détruite aux deux tiers environ par suite de nécrose. Mais au bout de 8 ans !...

La deuxième observation de M. Godon est la transplantation (greffe d'emprunt) d'une 1re bicuspide supérieure droite d'une jeune fille à sa sœur. Elle tient très bien depuis 2 ans.

La troisième est une transplantation d'une dent de jeune fille à un homme. La dent avait été extraite quelques jours avant; c'était une bicuspide supérieure gauche. Mais comme la dent transplantée était plus petite que celle qu'elle remplaçait, pour éviter toute mobilité, M. Godon imagina de glisser entre la dent transplantée et l'alvéole une cale taillée dans la racine de la dent extraite.

La dent transplantée en 1889 est encore très solide en 1892; mais la cale est tombée au bout de trois ans. Une particularité de cette opération, c'est que M. Godon n'avait ni enlevé la pulpe ni obturé l'apex. M. Godon part cette dernière observation pour confirmer deux points :

1° Possibilité d'employer une dent dont la racine est plus petite que celle qu'elle doit remplacer en empruntant une cale *osseuse* à la racine de celle-ci;

2° Innocuité de la présence de la pulpe et des rameaux vasculo-nerveux dans la dent transplantée lorsqu'elle a été suffisamment aseptisée et, par suite, inutilité de son ablation.

Le premier point nous paraît peu intéressant, car il est très naturel d'employer, et nous dirons même avec beaucoup plus de facilité, une dent plus petite que celle qu'elle remplace plutôt qu'une plus grosse. La nouveauté existe dans la cale cémento-dentinaire employée. Nous ne croyons pas que ce soit là une bonne pratique pour le pronostic de l'opération. C'est expéditif, mais non favorable.

Un alvéole se comble vite, nous l'avons tous constaté, et que nous admettions telle théorie que nous voudrons sur le mode de reprise de la dent greffée, il est bien évident que cette cale fera par trop office de corps étranger, que ce sera une irritation entretenue pendant longtemps et sans profit, tandis que des ligatures extérieures ou un appareil *ad hoc* ont des qualités plus sûres... Il est cependant probable que, dans le cas de M. Godon, la cale a été découpée immédiatement après l'avulsion de la racine et qu'elle avait son périoste encore vivant; alors ce lambeau de périoste se sera soudé avec celui de l'alvéole.

Au surplus, il est un reproche sérieux que l'on peut faire à cette pratique : celui d'empêcher l'adhérence de la partie correspondante

de la racine avec le périoste ou le tissu osseux du maxillaire. La portion de la racine qui se trouve en contact avec ce petit morceau de cale ne pourra se greffer. Rien que cela est suffisant pour nous le faire rejeter.

Ce qui est plus intéressant, c'est la conservation de la pulpe.

Il est évident que nous ne pouvons pas admettre dans ce cas la reprise intégrale ni même partielle des éléments qui la composent. La dent avait baigné pendant plusieurs jours dans une solution antiseptique; qu'est-elle donc devenue ? Il est à penser qu'elle s'est résorbée sans provoquer le moindre désordre, comme l'a remarqué M. Godon ; la chose n'est pas surprenante puisqu'elle était neutralisée. La dent avait conservé sa couleur naturelle pour la même raison, puisqu'il n'y avait pas eu décomposition dans l'intérieur.

On peut se demander si l'intérieur a été de nouveau rempli par d'autre tissu, comme l'a observé Fredel. Il est fort probable que cette dent subit le sort qu'elles subissent toutes après avoir été réimplantées. La racine se résorbe et, lorsque la dent tombera, il n'en restera presque plus. En tous cas, cette opération, de même que celle de M. Prével, nous semble bien plutôt devoir être placée dans la classe des implantations que dans les greffes proprement dites n'ayant pas été réimplantées sitôt après leur avulsion.

En février 1889 M. Lévrier (*Odontologie* 1889) a fait la réimplantation de deux petites molaires supérieures du même côté, ayant résisté à tous les traitements pour des abcès qu'elles provoquaient. Il les enleva, sectionna les racines, obtura les canaux et les cavités et les trouva en parfait état au bout de 7 mois.

Cette observation est intéressante pour montrer que, seule, la réimplantation était capable de donner de bons résultats dans des désordres aussi étendus que ceux provoqués par elles.

Nous n'en finirions pas s'il fallait citer toutes les opérations de ce genre qui ont été faites. Mais les résultats donnés sont trop près de l'opération et ne nous documentent pas au point de vue de leur durée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PROCESSUS DE RÉPARATION

Il est certain que dès qu'on parle de greffe dentaire les questions suivantes se posent immédiatement à l'esprit, à savoir : comment cette dent se consolidera-t-elle ? Est-il indispensable qu'elle reprenne ses connexions avec l'organisme pour se maintenir dans l'alvéole ?

La dent est un organe absolument particulier, peu comparable au reste de l'individu. Ses parties résistantes, dures, sont l'ivoire et l'émail pour la couronne, le cément pour la racine. La couronne contient une cavité intérieure et la racine un canal destiné à recevoir la pulpe, organe très riche en vaisseaux et en nerfs. La dent est implantée par ses racines dans un alvéole et maintenue par une membrane appelée membrane alvéolo-dentaire.

Quel est le rôle de la pulpe ? Quel est celui du périoste ?

La pulpe, nous dit Magitot[1], chez l'adulte n'est autre chose que la papille dentaire du fœtus, très réduite par suite du développement. Son volume, considérable chez l'enfant, se trouve réduit chez le vieillard à un mince filet par suite de la production incessante de l'ivoire qui finit par combler complètement la cavité qu'elle occupe, de telle sorte qu'au terme de la vie elle n'existe plus du tout. C'est donc la pulpe, sans entrer dans de plus grands détails que d'ailleurs tout le monde connaît par les travaux de Tomes et de Magitot, qui non seulement nourrit la dent, mais aussi lui donne sa sensibilité. Mais ce n'est pas tout et la dent reçoit encore autre chose par l'intermédiaire du périoste.

Si la dentine reçoit un apport continuel de matériaux calcaires par l'intermédiaire de la pulpe, il n'en est pas de même de la racine ou plutôt du cément qui se trouve alimenté par le périoste. Le cément a sa vie propre. Tissu se rapprochant beaucoup de l'os, il doit avoir une nutrition semblable ; aussi, comme lui, reçoit-il ses matériaux nutritifs de la membrane qui l'enveloppe entièrement et qui tapisse la surface extérieure de nombreux vaisseaux. C'est ainsi que la vitalité du cément n'est pas forcément interrompue par suite de la mortification ou de l'ablation de la pulpe. Il semble donc que dans la greffe dentaire la pulpe soit chose secondaire et que le périoste fasse tous les frais.

La membrane alvéolo-dentaire est un tissu, d'après Magitot[2], composé d'une trame fibreuse simple, sans éléments élastiques, parcouru par un réseau vasculaire très riche et de nombreuses ramifications nerveuses. Cette membrane est plus adhérente à la racine qu'à l'alvéole, car elle est entraînée en entier dans l'extraction des dents.

Pietckiewicz pense, au contraire, que dans ce cas il reste une petite lame de tissu fibreux adhérente à l'alvéole.

Spence Bate[3] considère cette membrane comme composée de deux feuillets, l'un dentaire, l'autre alvéolaire. Tel est l'avis de Mitscherlich[4], de David.

Dans *les Kystes des mâchoires*, 1887, David s'est rallié aux idées de Malassez et d'Aguilhon de Saran qui refusent la désignation de « périoste » à la membrane alvéolo-dentaire, car ils ont démontré que c'est une sorte de ligament dont les faisceaux sont régulièrement et transversalement disposés entre l'os et le cément[5].

Mais peu importent les interprétations auxquelles cette membrane a donné lieu ; il nous suffit, dans le cas présent, de tenir pour certain un fait admis, c'est qu'elle nourrit la dent. Aussi allons-nous suivre ce qui se passe dans l'extraction de la dent : premièrement, déchirement ou division du périoste et deuxièmement section du pédicule de la pulpe.

1. Magitot, *Diction. des sciences médicales* (p. 25).
2. Magitot, *loc. cit.* page 28.
3. *British journal of dental science* (Magitot, p. 28).
4. Mitscherlich, *Archives gén. de médecine*, 1884.
5. Aguilhon de Saran, *Trait. gingivite suppurante*, 1880.

Nous ne nous occuperons pas de la pulpe, parce que, comme nous l'avons vu par les expériences de Fredel, elle s'est constamment mortifiée. Mitscherlich ne nous a pas convaincu. MM. Duplay et Follin (pathologie externe) disent : « Aucune observation authentique ne démontre la conservation de la vitalité de la pulpe ».

Le périoste, c'est autre chose, il est extérieur à la dent, ce qui lui permet de se mettre en contact dans l'alvéole avec les parties vivantes.

De plus nous avons les expériences de Hunter et de Philippeaux qui ont montré qu'une dent pouvait vivre en dehors de sa place normale. Hunter avait greffé une dent humaine adulte dans la crête d'un coq et constata après plusieurs mois que de nombreux vaisseaux faisaient communiquer les tissus de la crête avec la dent. Philippeaux avait greffé une incisive de cochon d'Inde né depuis quelques heures dans la crête d'un coq et constata après plusieurs mois que la dent s'était allongée de cinq millimètres. Cependant ils ne disent rien de la pulpe.

Mais Paul Bert, Wiesmann, David disent avoir constaté la reprise et de la pulpe et du périoste.

Dans l'expérience de Philippeaux, l'allongement de la dent est dû sans doute à l'accroissement de la racine qui a pu continuer à se former par l'intermédiaire de son périoste.

Comme le fait très justement remarquer Pinel dans sa thèse [1], on a bien rarement l'occasion de réimplanter une dent dont la pulpe est intacte ; ce ne peut être que dans l'avulsion accidentelle, et alors nous devons voir si nous avons affaire à un enfant ou à un vieillard en passant par l'échelle des âges. Il n'y aurait déjà quelques chances de succès que chez les jeunes sujets. La chose est donc rare.

Dans la transplantation où l'on se sert de dents saines, aptes par conséquent à se greffer par leur pulpe, il faut remarquer que la dent que l'on veut réimplanter a toujours son nerf détruit ou altéré. La greffe de la pulpe ne peut évidemment pas se faire dans ces conditions. Il ne nous reste donc comme greffe dentaire que la greffe périostale.

Magitot nous a appris que la dent a deux sortes de vitalité, et, lorsque la pulpe est morte, « le périoste devient le centre d'une suractivité circulatoire qui représente surtout l'une des meilleures sources de nutrition collatérale et supplémentaire, ainsi qu'une prédisposition inflammatoire ». Cette donnée est absolument vérifiée par les faits qui ont été cités. Il est bien évident que, puisque le périoste peut suffire à la nutrition de la dent une fois la pulpe morte, il peut très bien reprendre vie après qu'elle a été momentanément interrompue et continuer par le même moyen vivant à maintenir la dent dans l'alvéole.

Pinel ajoute : « Admet-on, avec M. David, que, lors de l'extraction

1. Pinel, *Contribution à l'étude de la greffe dentaire*, 1889.
2. Magitot, *Loc. cit.*, p. 7.

d'une dent, la membrane se dédouble en deux lames, l'une adhérente à la racine, l'autre à l'alvéole, l'explication de la greffe devient facile. Deux lames de la membrane sont mises en contact : l'une vit, l'autre a encore toute sa vitalité. La lame vivante produira un tissu plastique qui s'épanchera entre les deux lames, et se transformant lui-même en tissu fibreux analogue, servira à leur réunion. » Cette explication semble d'autant plus plausible que l'on sait qu'il s'agit d'une rupture ligamenteuse laissant des lambeaux aux deux parties qu'elle réunissait.

Si nous admettons, au contraire, que tout le périoste est enlevé avec la dent, il est facile encore d'établir les connexions nouvelles qui vont se produire. Nous n'avons qu'à suivre Magitot : « Le mécanisme de la consolidation consiste d'abord dans le rétablissement des adhérences vasculaires entre l'anneau du périoste resté sain autour de la racine et la muqueuse gingivale. » Ces premières connexions sont bientôt suivies du retour des liens vasculaires avec la paroi osseuse alvéolaire elle-même. Magitot exige cependant, pour qu'il y ait greffe, une bande du périoste circulaire autour de la racine. « La présence de cet anneau membraneux est une condition si absolue que tous les cas d'élimination sont dus à l'interruption dans sa continuité. »

Nous nous rangerons cependant beaucoup plus à l'avis des auteurs qui prétendent qu'un feuillet reste de part et d'autre, car alors l'explication de la greffe est plus claire, quoique cependant nous ne dédaignions pas d'admettre la théorie de Magitot, bien préférable en tous cas à ce que dit David, tout en étant partisan de la séparation du périoste en deux portions : « L'anneau membraneux n'est pas une condition nécessairement absolue pour qu'il y ait greffe [1]. Dans le cas où cet anneau complet n'existerait pas, il resterait une partie qui pourrait se réunir par le procédé de la greffe. »

C'est juste, mais les parties dénudées ne se souderaient pas et seraient bien vite le siège d'une résorption comme dans les cas de Rollin cités par Dubois. La greffe serait toujours de moindre durée que lorsqu'il y a intégrité du périoste. C'est ce qui arrive dans les réimplantations ou transplantations précédées d'une section radiculaire. L'extrémité apicale devient le siège d'une résorption plus ou moins intense, et, malgré la solidité apparente de la dent, surtout au collet, il ne lui reste plus de racine.

Mais puisque la vitalité du périoste est reconnue, combien de temps se maintient-elle en dehors de l'organisme ?

Magitot nous dit que l'observation de greffe tardive, c'est-à-dire dont la dent est restée le plus longtemps hors de la bouche, est de six heures. Mais le plus souvent c'est de deux et trois heures qu'il s'est agi comme greffe tardive. Il est évident qu'il est bien difficile d'assigner au périoste un temps quelconque pendant lequel il sera apte encore à reprendre ces connexions vitales. De toute façon il sera préférable de faire la greffe immédiatement de manière à ce qu'il

1. David, *De la greffe dentaire*, 1880, p. 7.

ait encore toute sa force vivante. En somme le périoste peut parfaitement se comparer à la bouture chez les végétaux. Lorsqu'on veut greffer un arbre, on prend une bouture chez un autre de même famille en se gardant bien de laisser tomber ou flétrir les feuilles, signe que la vie s'en va.

Si l'on a opéré dans toutes les conditions requises, et surtout s'il n'y a pas eu mutilation du périoste, pas de résection radiculaire, s'il y a réimplantation ou transplantation immédiate, il est évident que, sauf la reprise pulpaire très problématique, on obtiendra des résultats très beaux, aussi beaux peut-être que s'il n'y avait pas eu d'extraction, avec cette différence qu'une durée de 4 ou 5 ans sera un beau maximum, tandis qu'avec un traitement en place et une bonne obturation, on peut espérer la conservation indéfinie. Ceci ne s'applique pas bien entendu aux cas d'extraction accidentelle.

S'il y a eu résection radiculaire, les résultats seront également très beaux, sauf la durée qui sera forcément moins longue, puisque nous avons vu que la racine se résorbait.

La rétention de la dent sera donc subordonnée à la résistance de la racine vis-à-vis des cellules ostéoclastiques. Il en sera de même lorsque le périoste aura été enlevé partiellement de la surface de la racine. Partout où il y aura dénudation, la partie deviendra bientôt le siège de nécrose.

Il sera donc plus judicieux, et en cela nous sommes d'accord avec presque tous les auteurs qui ont traité la question, d'excaver l'alvéole en tous sens plutôt que de toucher à la racine de la dent à greffer.

Magitot nous a appris que, lorsque la pulpe n'existe plus, c'est le périoste qui fait les frais de toute la nutrition et par cela même devient extrêmement susceptible; il s'enflamme facilement. Il faut donc chercher dans ces sortes d'opérations à éviter tout ce qui pourrait être cause d'irritation et c'est pour cela que nous avons combattu la cale de M. Godon et que nous ne sommes pas de l'avis du Dr Sauvez [1] qui obture l'extrémité radiculaire d'une dent transplantée avec du ciment. Le ciment est une composition chimique très susceptible de se transformer en présence des liquides pathologiques existant dans l'intérieur de l'alvéole et pouvant être la source d'une irritation provoquant ou aggravant le processus ostéiforme qui peut se produire. Les matières non décomposables sont indiquées en la circonstance, et vraiment la gutta-percha, par sa résistance dans le sein des tissus aussi bien que par sa facilité d'introduction, est la matière de choix.

Dans quelles conditions doit se trouver le sujet? Y a-t-il une indication pour une dent d'emprunt?

Pour la réimplantation, quel que soit l'état du sujet, nous croyons qu'il ne peut y avoir de contre-indication, sauf peut-être chez les diabétiques, surtout si l'on considère que l'avulsion est d'abord forcée et qu'on tente la reprise de la dent. Cependant, nous

---

1. Sauvez, *Odontologie,* 1894.

croyons qu'il sera bon de choisir un moment où le sujet sera dans un état de santé satisfaisant — excepté dans les extractions accidentelles, où le moment n'est pas à choisir, cela se conçoit.

Dans les transplantations autoplastiques il n'y a pas non plus de contre-indications absolues. Il est pourtant bien évident que, si cette opération n'est pas d'une urgence immédiate, on fera bien d'attendre un moment opportun, de ne pas la faire sitôt après une maladie grave, de donner le temps à l'organisme de se remonter, de l'éviter pendant la période menstruelle. Nous avons signalé nous-même et bien d'autres auteurs aussi, que cette période n'est pas favorable dans bien des cas.

On comprendra que ces opérations étant faites sur le sujet lui-même, les contre-indications ne soient pas étendues.

Il n'en est pas de même des greffes d'emprunt. Nous avons essayé de montrer au commencement de ce travail les dangers de l'inoculation, aussi bien que l'action des antiseptiques en présence des maladies virulentes. Il est donc bien certain que, si nous voulons faire une « greffe », nous devons éviter les dents d'emprunt de tout individu scrofuleux, tuberculeux, syphilitique ou venant de faire une maladie à forme infectieuse, la fièvre typhoïde par exemple.

Pour réunir dans cette opération toutes les conditions possibles pour la reprise des connexions vitales de l'organe et la durée de la greffe, il est, à notre avis, deux choses essentielles :

1° Bonne constitution de l'individu, non seulement qui subit la greffe, mais de celui qui la fournit ;

2° Intégrité absolue du périoste.

Cette dernière condition est encore de beaucoup la plus importante, bien que Bugnot, dans sa thèse, ait cru que nous donnions une place prépondérante à la première.

Nous pourrions ajouter une autre condition qui découle de la dernière. Lorsqu'on a affaire à une dent saine, ne présentant aucune lésion du sommet de la racine, quelque forme qu'elle présente, ou quels qu'en soient le volume et la grandeur, il faut la respecter entièrement, ce qui permettra de laisser au périoste toute son intégrité. Nous sommes absolument opposé aux idées du Dr Sauvez qui, dans la discussion d'une transplantation avec résection, répondait à la Société d'Odontologie : « Je crois, comme le succès d'une transplantation est toujours assez hasardeux, qu'il est préférable de faire le moins de désordres possible du côté de l'os. » Et de plus, la reprise du périoste lui paraît discutable, étant donné la reprise des dents séchées depuis des mois.

Nous avouons que nous sommes bien étonné de ces définitions. Sembler donner plus de crédit à l'implantation de dents sèches qu'à la transplantation immédiate de dents fraîches, qui est en somme le processus simple et absolument physiologique de la reprise des chairs dans une coupure ; cela nous surprend, mais les preuves manquent, et nous attendrons. De plus, avec toutes les expériences faites par Fredel et les conclusions tirées de la pratique journalière où nous voyons que la dent est constamment nécrosée aux endroits

dépourvus de périoste, nous ne comprenons pas bien pourquoi il préfère, toujours dans la greffe, bien entendu, car c'est une autre affaire dans l'implantation, le sectionnement de la racine au fraisage de l'alvéole.

Il n'y a aucun inconvénient à creuser ou à agrandir un alvéole ; la réparation des tissus se fera toujours, nous le voyons dans les simples extractions avec ou sans fracture du bord alvéolaire ; la cavité se comble facilement. Cependant, si l'agrandissement nécessaire pour contenir la dent était considérable, il pourrait y avoir pénétration dans le sinus ou section de l'artère et du nerf dentaire destinés aux autres dents. Si donc, en admettant que le résultat d'une transplantation soit douteux, la greffe n'aboutit pas, l'alvéole se comblera comme si l'on n'avait rien fait, tandis qu'on compromet la durée de la greffe en sectionnant les racines.

Il nous reste à définir notre premier point : quel doit être l'état général de celui qui subit l'opération ?

Bien entendu nous ne prétendons pas donner de règles absolues, mais quelques indications seulement, car nous ne pensons pas, comme M. Viau (*Odontologie* 1894), « que la reprise ou non-reprise » du périoste soit chose secondaire, pourvu que la dent tienne », car il ne s'agit pas de voir le résultat immédiat, il faut en voir la durée. Peut-être M. Viau pensait-il à ce moment à l'implantation de dents sèches et alors il avait quelque semblant de raison ; nous reviendrons d'ailleurs sur cela.

L'état général du sujet doit être d'une *bonne moyenne*, et surtout exempt de diathèses. Il est hors de doute que si le sujet n'est pas résistant, le premier effet d'une implantation de ce genre étant une inflammation des tissus périphériques, nous pourrions avoir une ostéite raréfiante et des désordres peut-être graves du côté des alvéoles, d'où échec de la greffe. Nous avons déjà parlé de l'époque menstruelle et des suites de certaines maladies qui mettent l'organisme dans un état de moindre résistance.

Dans quelles conditions doit se trouver la dent que nous empruntons à un autre sujet ?

Nous avons vu dans le courant de ce travail combien sont différents les résultats que l'on peut obtenir ; partant de là, nous devons nous assurer, autant que c'est possible, de toutes les chances de succès.

Nous ne pouvons pas tout savoir ; mais en dehors de la fracture de la racine qui peut arriver lors de l'extraction et des déchirures du périoste qui peuvent se produire en mettant des portions de cément à nu, il y a des faits que nous pouvons connaître et ceux-là sont importants.

1° Une dent ne doit pas venir d'un diathésique (tuberculeux, syphilitique), même quand on devrait la stériliser — nous avons essayé de démontrer que dans ce cas il n'y aurait pas greffe — pas plus qu'elle ne doit venir d'un sujet ayant eu une maladie à forme infectieuse.

2° La dent doit provenir d'un individu bien constitué, de telle sorte qu'elle soit assez riche en sels calcaires. Nous avons vu avec

quelle facilité les points dénudés des racines deviennent le siège de nécrose. Ces phénomènes pathologiques se produiront d'autant mieux que la racine sera mal calcifiée.

DE L'IMPLANTATION.

Il nous reste à parler maintenant de l'implantation de dents sèches dans des alvéoles frais ou artificiels. C'est là peut-être la question qui secrètement tente le plus nos confrères comme tout ce qui sort de l'ordinaire. Notre nature est curieuse et aime l'imprévu. Bien souvent, sans se soucier assez des résultats éloignés que l'on obtiendra, on se lance dans des opérations, rien que parce qu'elles sont originales. Cette critique sous des apparences sévères est l'exacte vérité ; nous nous en sommes rendu compte par la façon dont on discute certaines opérations et par les raisons plus ou moins scientifiques, plus souvent moins, que l'on donne pour expliquer telle ou telle façon de faire.

Nous avons défini au commencement de ce travail ce que nous entendons par implantation, nous n'y reviendrons pas, mais nous allons dresser un petit tableau de ces sortes d'opérations qui ont beaucoup de ressemblance.

1° Implantation dans un alvéole fraîchement dégarni.	d'une dent sèche, d'un corps neutre.
2° Implantation dans un alvéole artificiel.	d'une dent fraîche, d'une dent sèche, d'un corps neutre.

Ce sont là des opérations bien particulières à la chirurgie dentaire, car ces différents modes ne sont pas employés en grande chirurgie.

Il n'y a dans ces différentes implantations rien de semblable à une greffe au sens propre du mot, d'après la définition que nous en avons donnée, si ce n'est cependant en ce qui concerne l'implantation d'une dent fraîche dans un alvéole artificiel.

Dans ce cas il n'y aura pas de greffe proprement dite et totale ; il ne saurait y avoir reprise du nerf dans un alvéole artificiel, mais reprise du périoste de la dent qu'on implante avec le périoste du pourtour de la perforation du maxillaire et avec la gencive. Ce rapprochement de deux parties vivantes ne nous semble pas impossible, de même que nous ne voyons pas de raison pour qu'il n'y ait pas une nouvelle formation périostale qui viendrait tapisser les parois de cet alvéole artificiel.

En somme, nous n'avons pas besoin d'étudier une à une ces différentes implantations qui n'ont été signalées que pour bien différencier ce que nous entendons par greffe et par implantation, étant donné que nous nous sommes proposé surtout d'essayer de démontrer l'absence de vitalité des dents sèches en leur refusant toute reprise de connexions vitales avec le maxillaire et l'absence de vitalité des dents antiseptisées, comme nous l'avons indiqué au commencement de ce travail.

Ainsi donc, pour nous, il est impossible qu'une dent détachée de l'organisme vivant puisse conserver le moindre soupçon de vie. Le périoste meurt-il sitôt l'avulsion de la dent? Nous n'oserions l'affirmer et nous dirons même non. Il est certain que cette membrane reste vivante pendant un certain temps, comme ces jeunes pousses dont on fait les boutures; mais c'est un temps très limité et que nous ne pouvons définir.

Sa vitalité est fort probablement prolongée, ou en tous cas peut être prolongée en maintenant dans du sérum artificiel, à une température égale et semblable à celle du corps humain, la dent qu'on veut conserver, de même qu'on prolonge la vie d'une bouture en la maintenant dans l'eau. On lui donne en somme ainsi un des éléments de son existence. Mais ces artifices ne seront là qu'une prolongation éphémère et non une conservation *ab integra* de la vitalité.

Voyez la jeune pousse lorsqu'elle est restée seulement une heure par terre : l'extrémité de sa tige se courbe, ses feuilles tombent, perdent leur couleur vernissée, leur velouté, se ternissent, flétrissent, c'en est fait de sa vie, elle est impropre à subir le greffage. Est-ce qu'une dent, à ce point de vue, ne peut pas lui être comparée? Nous savons qu'on a fait ce rapprochement singulier de l'œuf qui peut vivre sans le secours de nourriture. Nous avouons franchement que nous n'avons jamais été séduit par cette théorie à coup sûr très hasardé. Comment rapprocher un être complet, un être qui comporte en lui-même tous les éléments de son existence, d'une partie détachée de sa source de vie, qui n'a plus de connexion avec elle? Cela dépasse notre imagination.

En effet, nous ne croyons pas à cette vie sans substance qu'on a bien voulu leur attribuer. Rien ne saurait vivre sans alimentation plus ou moins apparente, et les œufs ne le cèdent en rien à toute organisation vivante. L'œuf renferme une partie fondamentale (l'ovule) et des parties accessoires qui doivent servir de nourriture ou de protection à l'ovule.

Ces parties n'existent pas dans l'œuf humain, mais seulement dans l'œuf des oiseaux, des serpents, ovipares chez lesquels le germe ne se nourrit pas aux dépens de la mère.

Chez l'oiseau, l'élément essentiel, l'ovule, est constitué par la *cicatricule*, partie plus claire qui s'aperçoit au milieu de la masse du jaune; cette cicatricule est entourée de la masse du jaune, élément nutritif et accessoire; celle-ci, des couches d'albumine ou *blanc d'œuf*, de la *membrane coquillière*, enfin de la coquille.

L'ovule possède une activité vitale propre. Après la ponte, il devient le siège de mouvements intérieurs ; une force mystérieuse agite le vitellus; la vésicule germinative, la tache de Wagner, disparaissent confondues avec celui-ci; bientôt les mouvements s'accélèrent, et, si l'œuf n'est pas fécondé, il se décolore et se décompose, la vie est terminée.

Il est donc bien difficile de croire qu'un œuf puisse être comparé à une partie quelconque d'une organisation entière et vivante.

D'autre part, pour répondre à différentes questions qui lui étaient

posées au Congrès de Chicago, et entre autres à celle-ci : « Croyez-vous que la vitalité latente existe après la stérilisation d'une dent desséchée dans le bichlorure de mercure ? » Younger répondit : « Oui, je le pense. Je n'emploie pas une solution aussi forte que précédemment, et vous devez vous souvenir qu'il y a une vie des tissus comme il y a une vie des bactéries. Le bœuf que vous mangez n'est pas mort, car s'il l'était, vous ne pourriez pas le manger. » Décidément, nous n'avons pas les idées exotiques !

Certainement non, il n'est pas mort, avec le sens que l'on peut donner à ce mot, mais il est cuit, et à ce titre, il a perdu toute vitalité. Nous ne voyons pas bien cette opération : enlever un morceau de la fesse d'un bœuf, le passer au four et le lui remettre pour voir s'il y aurait greffage.

Prenons un petit pois passé à la casserole et plantons-le ; croyez-vous qu'il pourra germer ?

L'œuf qui reste sans être couvé ne conserve donc la faculté de donner naissance à un poulet que grâce à cette réserve que la nature a mise à côté de l'embryon. D'ailleurs, nous savons tous qu'au bout d'un certain temps l'œuf est incapable de donner naissance à un être vivant. Donc sa viabilité est subordonnée à ses ressources d'alimentation. Il n'a pas une alimentation organisée comme l'être qui vit de la vie extérieure, qui rejette les matières impropres à sa nutrition ; il n'a qu'une simple assimilation des principes de sa nutrition, les matières impropres n'existant pas.

Nous croyons en avoir dit assez pour établir la différence qui existe entre un être complet, une cellule (l'œuf), et une partie d'un individu.

Mais ce n'est pas tout, comme nous l'avons vu par la réponse de Younger. Après qu'une dent est restée dans un tiroir pendant des mois et des années, en admettant qu'elle ait conservé un souffle de vie, nous avons la précaution, ou plutôt le devoir de la désinfecter. Cette opération nous semble pouvoir être comparée à un moribond auquel on fait respirer de l'oxyde de carbone pour le ranimer.

En effet, il existe trois procédés pour neutraliser une dent, au point de vue des inoculations possibles.

On peut, au moment de se servir de la dent sèche, la mettre pendant quelques minutes dans l'eau bouillante ; on ne saurait la tenir à un moindre degré, la plupart des microbes résistant au-dessous de cette température. On peut encore la maintenir pendant quelques jours dans une solution antiseptique, le bichlorure au 1/000 par exemple. Enfin on peut conserver une dent pendant des mois dans une solution antiseptique et l'implanter ensuite.

C'est égal, il lui faut une jolie force de résistance à ce bon périoste ; il peut vivre sans manger et par-dessus le marché il supporte impunément, avec la plus grande facilité, l'ébullition, l'immersion dans un milieu impropre à toute vitalité; mieux encore, il peut vivre dans un milieu où rien autre chose ne peut végéter ; il peut être conservé dans des solutions antiseptiques !

Belle chose que la nature!

L'implantation de dents sèches est possible, c'est évident ; mais il n'y a là aucune reprise vitale et ce n'est absolument qu'une sorte de sertissage de la part du tissu osseux. La dent tient mécaniquement, c'est tout et c'est très joli ; n'en cherchons pas davantage.

Le petit cadre que nous avons tracé se résume en ceci :

1° Implantation quelconque dans un alvéole frais.

2° Implantation quelconque dans un alvéole artificiel.

Que se passe-t-il dans le premier cas? C'est bien simple. Nous pouvons parfaitement supposer le même processus par lequel se comble un alvéole après l'avulsion de la dent sans l'introduction d'un corps étranger.

Les parties de l'alvéole non remplies par la dent se comblent par le fait de l'ostéité condensante, le tissu osseux vient se former autour de la racine qu'il finit par entamer dans plus ou moins de temps.

Les explications de Mitscherlich sont très claires à ce sujet [1]. Pour lui une dent sèche est maintenue dans un alvéole par une sorte d'enkystement. En admettant le dédoublement du périoste en deux lames lors de l'extraction, la lame restée adhérente à l'alvéole produira des bourgeons osseux qui se mouleront sur toutes les saillies de ce corps étranger et le maintiendront en place d'une façon toute mécanique. Ces ostéophytes se creuseront une place dans la substance même de la dent, envahiront les racines, les absorberont complètement et finalement la dent tombera lorsque le corps étranger aura été totalement remplacé par ce tissu de nouvelle formation.

D'ailleurs l'expérience qu'il tenta chez un chien est concluante. Il transplanta, dans la mâchoire d'un jeune chien, une dent d'un autre chien mort depuis trois semaines. Six semaines après, il sacrifie l'animal, extrait la dent qui s'était consolidée sans suppuration et remarque une usure partielle de la racine pénétrée par du tissu osseux de nouvelle formation.

On ne pourra prétendre que le périoste vivait encore après trois semaines que le chien était mort.

Le docteur Quinet, de Bruxelles, après une extraction d'une dent qui avait été greffée depuis un an, constata que la racine était incrustée de fragments osseux.

Serres a constaté la solidité de dents mortes implantées depuis deux ans.

Bourdet (1757) avait compris ce même processus bien avant Mitscherlich, puisqu'il recommande de faire à la lime des entailles sur la dent « afin que l'alvéole puisse remplir ces saillies, ce qui rend ces sortes de dents très solides ». Il cite un cas où la solidité était parfaite après cinq ans, mais sur trois essais qu'il fit, un seul fut favorable.

Fauchard, Jourdain, Hunter, Lafargue, Coleman disent que les succès sont rares.

Mitscherlich, sur dix-neuf opérations de ce genre, n'accuse que

1. *Archives générales de Médecine*, 1864.

onze succès dont un a été revu deux ans et demi après, et les autres ont des durées bien courtes, hélas ! six semaines à dix-huit mois.

Guersen n'a obtenu que deux succès sur dix opérations.

Ce n'est pas encourageant !

Nous verrons plus loin s'il y a lieu de donner quelques explications sur la durée par trop éphémère de cette opération ou s'il faut la rejeter complètement. Nous allons nous occuper pour l'instant du deuxième cas de notre classification : implantation d'une dent sèche dans un alvéole artificiel.

IMPLANTATION DES DENTS DANS UN ALVÉOLE ARTIFICIEL.

Comme nous l'avons vu dans l'historique de ce travail, cette opération fut annoncée en janvier 1885 au monde professionnel par son auteur, Younger, de San Francisco.

Le retentissement en fut considérable, et, sans plus de réflexions, bon nombre de praticiens qui la tentèrent, comme une chose bien établie, et non à titre d'expérience et pour contrôler l'opération, se trouvèrent vite déçus.

Aujourd'hui, peu de praticiens en France préconisent ce mode de prothèse idéale et nous nous en félicitons.

D'ailleurs, il y a une vingtaine d'années, en France MM. Bing et Colignon avaient entrepris des expériences à ce sujet et les succès furent tellement rares, pour ne pas dire nuls, qu'ils y renoncèrent. La priorité de cette opération, quelque valeur qu'elle puisse avoir, ne doit donc pas être attribuée à Younger. Quoi qu'il en soit, c'est certainement Younger qui la fit connaître avec tous les détails que nous analyserons dans ce chapitre, avec des expériences et des succès nombreux.

Younger a donné la définition suivante de cette opération [1] :

« J'entends par implantation l'opération qui consiste à faire un alvéole dans la mâchoire, soit qu'il y en ait eu un, mais que le temps l'ait fait disparaître, soit que la partie soit complètement vierge, n'ayant jamais porté la dent, alvéole dans lequel on plante une dent. »

Par une traduction de M. Meng (*Odontologie*, octobre 1886), nous pouvons suivre par quelle succession d'idées Younger est arrivé à l'opération qui porte aujourd'hui son nom.

Imitant John Hunter qui avait prouvé que des dents peuvent vivre indéfiniment dans la crête d'un coq, le 28 novembre 1882 il transplanta dans la bouche d'un patient une dent ainsi conservée, qui s'y consolida, puis, ayant découvert que le périoste peut être conservé vivant pendant deux jours dans de l'eau chaude à la température de 55 à 60° centigrades, il fit deux implantations avec des dents ayant subi ce traitement.

Jusqu'à présent nous avons vu qu'il n'y a pas absolument de nouveau et que nous pouvons presque considérer l'opération comme

1. Société odontologique de France, 5 avril 1887, traduction de M. du Bouchet.

une véritable greffe, puisqu'il se sert, d'une part d'une dent vivante, bien que vivant dans la crête d'un coq, et d'autre part d'un alvéole naturel.

Mais où il commence à devenir original, c'est lorsqu'il laisse pendant 50 heures la dent à une température de 60° centigrades, et surtout dans ce qui suit : quand il trouvait une dent trop longue ou trop large il taillait la dent elle-même; mais, dit-il, « je perdais la » meilleure partie du périoste, de sorte que je me mis à creuser » dans l'alvéole de telle façon que la dent pût y entrer sans » mutilation et conserver ainsi le plus possible de ce tissu indispen- » sable. Je trouvais que l'adhésion se produisait aussi parfaitement » que dans les alvéoles non agrandis. Ces résultats m'amenèrent à » penser que les alvéoles artificiels peuvent être creusés dans l'os » même, et les dents implantées avec autant de succès que dans les » alvéoles naturels ».

C'était là la première innovation hardie de cette opération qui eut un si grand retentissement; mais ce n'est pas tout : sur la prière d'une dame qui lui demandait de lui implanter une dent qui avait été extraite depuis 13 mois et 11 jours, il eut envie de rire, lorsque les réflexions d'Hunter lui revinrent à l'esprit. Il avait dit : « Comment la vitalité peut-elle exister indépendamment de la circulation ? » On ne manque pourtant pas d'exemples d'un degré de vie faible et latent existant dans l'œuf de l'animal ou dans le germe pendant un certain temps sans circulation, et s'il existe pendant un certain temps, pourquoi n'existerait-il pas pendant une portion de la vie ?

Ces réflexions l'amenèrent à conclure qu'il pouvait y avoir dans cet organe desséché une vie endormie qui pourrait se ranimer dans certaines conditions.

Ajoutons à ces réflexions l'observation qu'il avait faite que la membrane péridentaire possède une ténacité de vie étonnante dans deux cas où la dent avait été maintenue pendant 52 heures hors de l'organisme vivant, à tel point que ces deux dents étaient aussi vivaces pour s'attacher que si elles avaient été réimplantées de suite. Dès lors, pensait-il, pourquoi cette vitalité du périoste ne se conserverait-elle pas pendant des semaines et des mois ?

Le 11 mars 1886, il tenta donc l'implantation de cette dent extraite depuis plus de treize mois ; après l'avoir maintenue pendant 25 minutes dans de l'eau à 120° Fahrenheit pour amollir la membrane, il la réimplanta dans la mâchoire à la place qu'elle occupait autrefois. La dent était si ferme dans son alvéole qu'il n'eut pas à mettre de ligatures, et l'union se fit avec la même rapidité que pour une dent fraîche, à tel point que la personne s'en servait sans aucune précaution au bout de 12 jours.

En somme, comme on le voit par ce qui précède, le procédé de Younger consiste à creuser un alvéole dans le tissu osseux du maxillaire et à introduire une dent dans cette cavité sans s'occuper depuis combien de temps cette dent est extraite. Il nettoie et obture la cavité de la pulpe après avoir désinfecté la dent avec une solution

de bichlorure de mercure au 1/000, puis il ramollit le périoste en le laissant dans de l'eau chaude. La cavité pulpaire est obturée à la gutta-percha et l'apex de la racine avec de l'or.

Cela dit, voyons quelle est la valeur de cette opération. Peut-on la considérer comme une « greffe dentaire ». Quels en doivent être les résultats et à quelle cause doit être attribuée sa consolidation ?

D'après une traduction de l'*American Journal of dental Science*, pour Younger le périoste ne se sépare pas en deux lors de l'extraction, mais, bien au contraire, la dent emporte avec elle cette membrane intégralement et l'alvéole reste nu. En outre le périoste, pour lui, ne possède aucune énergie créatrice, si ce n'est sur la face en contact avec la dent, de sorte qu'il y a production de cément du côté de la dent, production osseuse de la part de l'alvéole et qu'un échange de vie se fait entre les deux pour reconstituer les moyens du maintien.

Younger va même plus loin et dit que les conditions de l'opération seraient les mêmes que celles de l'éruption et du développement d'une dent. Dans ce cas la destruction du maxillaire se fait de l'intérieur vers l'extérieur, tandis que dans l'implantation la destruction a lieu de l'extérieur à l'intérieur. Il affirme même que les conditions sont plus favorables dans le cas traumatique que dans le cas physiologique. Quand la dent implantée est à sa place, dit-il, elle est dans des conditions identiques à celles qui entourent une dent qui vient de faire éruption. Comme celle-ci, la dent implantée est entourée de péricément, de plasma et de substance osseuse vive. A ce point de vue il est aisé de comprendre que la dent implantée n'est pas plus étrangère au procès alvéolaire que si elle s'était développée à cet endroit même (Younger cité par Pinel, 1889).

Voilà des affirmations hardies qu'il est utile de contrôler tout au moins par le raisonnement.

Tout d'abord éliminons la question du périoste. En tant que périoste vivant, nous pouvons laisser à Younger les vues qu'il a sur la physiologie de cette membrane, à savoir : que c'est seulement la partie en contact avec la dent qui a des propriétés génératrices, ceci n'enlevant ni ne donnant plus de vérité aux diverses explications du processus de la reprise des connexions dans la greffe dentaire. S'il se plaçait sur ce terrain de la véritable « greffe », nous pourrions discuter cette théorie ; mais en tant que dent extraite depuis des années, nous nions absolument la vitalité du périoste ; par conséquent nous refusons la désignation de greffe à son procédé.

(A suivre.)

DES CROCHETS ET DES MOYENS DE RÉTENTION DES APPAREILS PROTHÉTIQUES.

Par M. Cazeaux, de Dunkerque.

De tous les moyens de rétention des appareils dentaires, aucun n'a été plus critiqué que le crochet ; cependant, malgré tous les

systèmes inventés, nous nous voyons encore forcés de l'employer, quoiqu'il ulcère pour ainsi dire l'émail déjà si pauvre de la dent sur laquelle il est posé. Il est bien entendu que nous l'emploierons le moins souvent possible, car nous avons les pivots, les succions de toutes sortes et enfin par-dessus tout l'adhésion de contact, le plus beau moyen de rétention des appareils par sa simplicité d'abord et enfin parce qu'elle seule respecte toutes les finesses du palais.

Où les crochets sont utiles, pour ne pas dire indispensables, c'est dans les bouches à dents courtes, car là les appareils sont bien moins maintenus, surtout si l'articulation est basse; nos pièces font ressort et bien souvent les crochets seuls maintiennent, tout au moins au début, les dents à leur place. Quand les dents sont longues, ils sont inutiles dans la majorité des cas, surtout si elles sont séparées par des dents naturelles restantes, car alors il y a emboîtement, coulisse et cela suffit.

Un crochet bien adapté est donc moins dangereux que celui qui ne porte qu'imparfaitement; je parle principalement de celui en fil, le plat étant, comme on sait, moins préjudiciable, à condition d'être bien construit; autant que cela est possible, il doit être, pour ainsi dire, estampé sur la dent. Il y a différents moyens d'y arriver: la première, la plus simple, consiste, dès que le crochet est découpé d'après le patron en plomb, à lui donner le bombé de la dent; pour cela on le bat dans un cran fait à la lime dans un angle de l'établi, il se trouve ainsi cintré dans le sens de la largeur et porte sur toutes les parties de la dent; après quoi on le tourne dans le sens de la longueur.

La seconde méthode, un peu plus compliquée, mais, je crois, la plus sûre, consiste à faire son crochet en plaque mince comme je l'indique plus haut, puis à le doubler avec de la soudure d'or ou de l'or pur afin de lui donner la rigidité ou l'épaisseur voulue (on fait, par exemple, la base et le crochet en platine qu'on double d'or); on peut même l'estamper au brunissoir. Cette méthode a été donnée par un journal américain il y a longtemps; je l'ai expérimentée avec plein succès et c'est ce qui m'engage à la mentionner.

Pour le crochet en fil, on prend du fil rond de l'épaisseur convenable, selon le cas; on le tourne autour de la dent à embrasser, puis on lime toute la surface portante, de façon à la transformer en un demi-jonc, sorte de petit crochet plat. On emploie bien ce dernier, mais il est impossible de le cintrer comme il le faut d'arrière en avant, il forme toujours des angles retenant les aliments et coupant la dent, tandis que de la façon que j'indique il porte complètement et il est même plus facile à faire, avec un peu d'habitude naturellement.

Les pivots ne s'emploient que dans certains cas; il faut avoir la racine et encore faut-il qu'elle soit bonne ou suffisamment solide. Les succions ou chambres à air qui se remplissent et ne font que de l'adhésion de contact ne sont qu'un moyen bien insuffisant dans la plupart des cas.

Les nouvelles succions dites perlées, avec lesquelles on garnit com-

plètement la surface de la pièce, ne sont pas mauvaises parfois; elles permettent surtout de faire des appareils légers, mais elles endommagent les faces palatines en effaçant pour ainsi dire les papilles comme tous les genres de succions; il faut donc les employer le moins souvent possible.

La succion molle, dite à vis, ne doit être employée que le moins possible, car elle porte préjudice au palais, le défonçant pour ainsi dire par le fait que quand elle suce bien, elle le fait trop.

Les ressorts sont presque totalement abandonnés; ils ne sont employés que dans les cas extrêmes et encore au début. Souvent l'appareil tient quand même ils sont brisés, et là encore on constate une adhésion de contact. Dans les petites pièces avec crochets, ces derniers cassent et la pièce tient toute seule; en effet l'appareil arrive à la longue à s'incruster en quelque sorte dans la muqueuse.

Ayant remarqué cette adhérence par des appareils anciens, j'ai conclu qu'en faisant tout de suite les pièces sans attache, dans la plupart des cas, elles tiendraient pourvu qu'on eût de bonnes empreintes et qu'on vulcanisât les pièces sur les modèles.



SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

Séance du 20 avril 1896.

Présidence de M. PIETKIEWICZ, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

M. Ferrier fait une communication A PROPOS DE VARICES BUCCALES.

Il y a deux mois environ, M. L..., 35 ans, vint me trouver pour un fait qui lui donnait de l'inquiétude : ses gencives saignaient à tout instant, et, au moment de l'hémorrhagie, il avait dans la bouche comme un goût de sang corrompu. Ce fait se reproduisait souvent dans la journée et l'incommodait au point qu'il avait à ce sujet consulté son médecin, lequel me l'avait adressé.

J'examinai les gencives dans les points incriminés par le sujet, dans l'interstice des petites molaires et des molaires, et, en effet, je constatai que, malgré un aspect sain, accusé par une teinte rosée et une consistance ferme, je constatai, dis-je, que le moindre attouchement avec un instrument dans l'interstice provoquait l'apparition d'une petite quantité de sang. Cette tendance à l'hémorrhagie existait des deux côtés et dans des points symétriques. Je touchai tous les interstices en cause au thermocautère; je conseillai les frictions avec la brosse dure sur la gencive, des lotions astringentes, et je remis mon patient à huitaine.

Au bout de ce temps, les phénomènes étaient amendés, les hémorrhagies avec goût de sang corrompu étaient moins fréquentes, mais donnaient cependant encore un certain ennui. Je renouvelai les cautérisations et laissai partir mon sujet, persuadé que tout serait terminé.

Il n'en était rien ; un mois après, M. L... me revenait ayant toujours ses petits accidents et de plus en plus inquiet. Il me raconta alors qu'il avait eu l'année précédente une broncho-pneumonie dont il s'était très lentement remis, et que ces petites hémorrhagies lui faisaient craindre des lésions pulmonaires, en dépit des affirmations de son médecin. Malgré sa belle santé actuelle, ces craintes avaient fini par prendre une telle intensité que le fait de passer d'un appartement dans la rue, les sensations de fraîcheur les plus légères, la moindre différence de température provoquaient immédiatement chez M. L... une suée, tellement il redoutait le coup de fouet qui, dans son esprit prévenu, devait accélérer la marche de la tuberculose, dont ces petites hémorrhagies étaient pour lui le signe certain.

Après avoir de nouveau fait l'inspection minutieuse des dents, des gencives, de la gorge, et avoir constaté que l'état des interstices traités était considérablement modifié, les hémorrhagies d'autre part n'ayant aucun des caractères des hémorrhagies pulmonaires, je ne savais pas trop à quoi j'avais affaire.

Je conseillai de lutter énergiquement contre le sédentarisme qui me paraissait la seule cause à incriminer, tant par la trop grande facilité de réflexion qu'il pouvait donner au patient que par ses effets propres sur l'organisme en général, effets auxquels pouvaient vraisemblablement se rattacher les phénomènes locaux dont se plaignait M. L...

En examinant une dernière fois cette langue, l'idée me vint qu'il pouvait y avoir quelque chose sur les côtés, varices ou ulcérations indolores; je tirai la langue de façon à bien voir la base, et je constatai de chaque côté des constellations de petites élevures brunes variant, comme volume, d'un grain de millet à une petite lentille. Ceci constaté, l'explication s'imposait; ces petites varices, recouvertes seulement d'une très mince couche de muqueuse, se rompaient de temps en temps, laissant échapper le sang qui inquiétait à si haut point mon patient.

Ce cas de varices linguales m'a remis en mémoire un cas de varices buccales dont la rupture survenait également de temps en temps, mais sans produire sur le porteur un effet aussi désastreux.

Un confrère, homme de soixante ans, d'excellente constitution, me fit voir à plusieurs reprises, sur le palais ou le voile du palais, de petites tumeurs qui grossissaient en quelques jours, atteignaient le volume d'un grain de chénevis et se rompaient sous un choc quelconque, laissant échapper une petite quantité de sang. Ces petites tumeurs survenaient sans trace d'inflammation; il s'agissait donc bien de varices.

Ces deux cas évidemment ne présentent pas en tant que rupture de varices une grande gravité. Mais, il n'en est peut-être plus de même si l'on envisage la chose à un autre point de vue ; la gravité des phénomènes psychiques qui se sont produits chez le premier sujet n'échappera à personne et chacun pourra en mesurer l'importance si l'on fait entrer en ligne de compte qu'ils sont survenus chez un homme de 35 ans, occupé, et qui a encore à fournir une longue carrière.

Ces deux observations se rattachent tout naturellement à une communication faite par notre collègue Marcel Natier à la *Société française d'otologie et de laryngologie*, 12-15 mai 1893, sur les pharyngites hémorrhagiques, qui est basée sur une observation d'hé-

morrhagie pharyngée qui lui est personnelle, et sur 6 autres dues à Rosenthal, Cartaz, Hunt et Scheinmann.

L'observation de Marcel Natier est particulièrement intéressante en ce qu'aucune des causes ordinaires de l'hémorrhagie ne fut reconnue, et que l'auteur fut amené à diagnostiquer une hémorrhagie par *diapédèse*.

Celle de Rosenthal est également à remarquer, par la même absence des causes ordinaires de l'hémorrhagie, et la conclusion de l'auteur est qu'il ne peut expliquer ce cas que par un effet corporel ayant provoqué une congestion de la tête avec rupture, au point considéré, de vaisseaux tout à fait normaux.

Deux autres observations mentionnent, l'une une ulcération syphilitique (Cartaz), l'autre une érosion (Hunt).

Enfin, dans les trois dernières, Cartaz, Hunt, Scheinmann, les hémorrhagies sont dues à des *varicosités*.

Celle de Scheinmann se rapproche considérablement de ma première observation.

Dans ce cas, comme dans le mien, les hémorrhagies étaient produites par la rupture de petites élevures, véritables dépôts de sang siégeant à la base de la langue, et dont l'origine ne peut être rapportée qu'à la dilatation veineuse.

Les deux autres observations ont trait à des varices, l'une sur les parois du pharynx (Cartaz), l'autre sur l'amygdale gauche.

L'importance de ces observations réside toute dans le désastreux effet moral produit sur les intéressés par ces hémorrhagies, effet moral qu'on n'arrive à combattre, à annuler, que par l'établissement très net du diagnostic.

DISCUSSION.

M. Dunogier cite un jeune homme qui présentait un écoulement sanguin sur le voile du palais sans lésions appréciables. Des applications d'acide chromique firent disparaître complètement ces hémorrhagies.

M. Beltrami demande à M. Ferrier à quoi il attribue ces troubles psychiques, et à ce sujet il rappelle ce fait : des larmes de sang hystériques dues à un état nerveux particulier présentant des analogies avec le cas de M. Ferrier.

M. Ferrier ne s'explique pas ces troubles psychiques ; cependant la présence de petites vésicules variqueuses sur le bord de la langue permet de ne pas assimiler ces hémorrhagies aux larmes de sang.

M. Saussine fait observer que le sang, n'étant pas spumeux, ne venait certainement pas des poumons.

M. Ferrier a fait tous ses efforts pour persuader au malade qu'il n'était pas tuberculeux ; il n'y a pas réussi.

M. Pietkiewicz demande quelques renseignements sur l'état général du malade. Était-ce un pléthorique, un variqueux ? Avait-il des engorgements ganglionnaires ou des obstacles mécaniques s'opposant à la circulation céphalique ?

M. Ferrier n'a rien observé de particulier chez son malade ; l'état général était excellent.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

(*Revue de Stomatologie.*)

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE.

Assemblée générale annuelle.

On lit dans le *Times* :

La 16e assemblée générale annuelle de l'Association dentaire britannique a eu lieu les 12, 13, 14 et 15 août à Londres.

La séance du matin a été consacrée à une série de démonstrations auxquelles ont assisté un grand nombre de membres. M. J.-H. Badcock a présenté *la couronne Büttner* et le *fourneau Downie*, M. J.-H. Gartrell *de la gencive continue, des fourneaux pour travail à pont* et *une nouvelle couronne de porcelaine*, M. P. Headridge a mis *une face de porcelaine sur une incisive vivante en gâteau de miel*, M. W. Hern a préparé *des couronnes de porcelaine avec le fourneau Downie*, M. F.-R. Howard a indiqué *une méthode de préparation et d'insertion des couches de porcelaine en queue d'aronde dans les incisives*, M. A. Jones et M. R.-P. Lennox *ont adapté une couronne Dowel sur une dent vivante en travaillant sur un modèle et en se servant au besoin d'une des nouvelles couronnes d'Ash*, M. J. May a *fait des couronnes avec le fourneau Downie*, M. J.-H. Mummery *a appliqué les rayons Röntgen*, M. H.-W. Norman *a obturé des dents avec de l'or et de l'or-étain*, M. G. Northeroft *a obturé une cavité postérieure interstitielle de bicuspide avec l'or Solila à l'aide d'une matrice*, M. H. Rose *a fait des couronnes de platine et de porcelaine*, M. G.-O. Whittaker *des couronnes pour dents antérieures sans pivots dans le canal radiculaire, en se servant seulement d'une bande de porcelaine pour le devant et du corps de Downie pour le derrière*, M. G. Cunningham et M. E.-C. Dimock *ont fait des obturations plastiques au moyen de la matrice à virole*, M. Vernon Knowles a indiqué *une méthode pour confectionner les couronnes Richmond*, M. C.-R. Morley a présenté *une série de préparations obtenues par un nouveau procédé de renforcement des plaques de vulcanite*, enfin M. W. Rushton *a construit un fourneau pour la cuisson de la porcelaine.*

Le matin également, une exposition microscopique avait été faite dans une des annexes de la salle de démonstrations, et il avait été présenté une série de spécimens de l'emploi de l'appareil histologique.

Pendant les réunions une exposition d'instruments et de fournitures pour dentistes, due notamment à MM. Ash et fils, à la Dental Manufacturing Company, etc., avait lieu dans des salles voisines.

L'après-midi, séance de clôture dans l'amphithéâtre, présidée par M. F. Canton, à laquelle assistaient un grand nombre de membres.

Il y fut annoncé que l'on venait de recevoir du second Congrès

dentaire national français siégeant à Nancy un télégramme envoyant un salut confraternel aux dentistes anglais assemblés pour la réunion annuelle de l'Association dentaire britannique et qu'une réponse y avait été faite.

M. E.-E. Constant lut un travail sur *le facteur mécanique dans l'éruption des dents méconnu jusque-là*, dans lequel il soutenait la théorie que la pression du sang dans le tissu vasculaire serait le facteur mécanique actif du processus connu sous le nom d'éruption des dents.

M. C.-S. Tomes admet la possibilité de ce facteur méconnu jusque-là. Il faut qu'on se fasse une idée de la pression du sang au-dessous de la dent qui surmonte cette pression au-dessus.

M. S. Spokes présenta *des modèles montrant les résultats du redressement immédiat*.

Cela termina les démonstrations pratiques. Les membres procédèrent alors à l'examen des modifications à apporter aux règlements de l'Association. L'un des nouveaux règlements adoptés autorise les branches de celle-ci à élire des membres au Conseil de direction.

La branche des comtés de l'Ouest demanda que le Conseil de direction encourageât la formation de centres locaux destinés à faire observer plus complètement les dispositions du Dentist's Act. Après discussion, cette proposition fut renvoyée audit Conseil.

M. G. Cunningham proposa, appuyé par M. Coxon, que la commission exécutive de l'Association rédigeât et adressât au Congrès des dentistes français en session à Nancy une lettre de regrets pour la perte qu'ils avaient éprouvée dans la personne de leur premier président, M. Paul Dubois. Cette proposition fut adoptée à l'unanimité.

Des remercîments furent votés aux auteurs de communications, aux membres des diverses commissions, aux auteurs de démonstrations, au président de la branche métropolitaine et à d'autres personnes.

Le Congrès fut alors terminé.

A l'issue de la réunion un certain nombre de membres, sur l'invitation qui leur en avait été faite, visitèrent les ateliers de la Compagnie de soudures par l'électricité.

Le soir le dîner annuel de l'Association eut lieu à l'hôtel Métropole. Le Dr Glover porta un toast à l'Association et dit qu'après 15 ou 16 ans d'existence celle-ci comptait 1.000 membres, c'est-à-dire le quart de la profession. Elle a été assez heureuse pour créer 9 ou 10 écoles dentaires dans lesquelles l'enseignement de la dentisterie est donné. Un but que poursuit l'Association, c'est de faire cesser la réclame. Il espère que le temps n'est pas loin où le ministère public intentera des poursuites pour usurpation du titre de dentiste. Il considère que l'usurpation de titres n'est pas seulement un grand mal physique, mais aussi un grand mal moral pour la profession. Le corps médical trouve un précieux auxiliaire dans le corps des dentistes et il estime que le moment est venu où la demande de ces

derniers d'être représentés directement au Conseil médical général devra être accueillie. (*Applaudissements.*)

M. J. Smith Turner exprime des remercîments pour l'encouragement et l'appui que les dentistes ont reçus et reçoivent encore du corps médical.

M. C.-S. Tomes boit au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, en ajoutant que les dentistes ne peuvent trop estimer la dette de reconnaissance qu'ils ont contractée envers lui.

M. C. Heath félicite la profession dentaire de la situation qu'elle occupe et espère qu'elle marchera encore de l'avant et que les nouveaux règlements assureront une place plus proéminente au mérite professionnel.

M. H.-T. Butlin boit à la Caisse de secours des dentistes et cite plusieurs cas dans lesquels elle a rendu de grands services aux dentistes, ainsi qu'à leurs veuves quand elles étaient dans le besoin. On ne peut que regretter qu'un quart seulement des membres de la profession fassent partie de la Caisse.

M. J. Ackery répond et d'autres toasts suivent.

LETTRE DE SUISSE.

Par M. A. Thioly-Regard, D. E. D. P.

Congrès de la Société odontologique suisse. — L'art dentaire à l'Exposition nationale suisse.

C'est à Bâle que, cette année, la Société odontologique suisse s'est réunie à l'occasion de sa 11e assemblée générale annuelle, les 9, 10 et 11 mai 1896, sous la présidence de M. le Dr Prof. Billeter, de Zurich. Comme cette assemblée coïncidait avec la réunion de printemps de la Société des dentistes du grand-duché de Bade, les membres de ces deux sociétés ont profité de cette occasion pour fusionner leurs séances professionnelles et la partie récréative.

A l'assemblée administrative de la Société suisse du samedi, après la lecture des divers rapports du Bureau et la nomination du Comité, une longue discussion a été entamée à propos d'un projet d'organisation de Congrès international dentaire en Suisse pour 1897 présenté par le rapporteur de la Société odontologique de Genève. Le débat aboutit à la nomination d'une grande Commission extraordinaire de 14 sociétaires, devant se réunir le lendemain dimanche pour étudier la question et présenter ses conclusions à l'assemblée du lundi matin. Disons tout de suite que le projet, appuyé par cette Commission, fut repoussé par la Société suisse dans la réunion du lundi, malgré le bon vouloir de la section de Genève qui offrait son concours le plus large. La Société suisse a reculé devant le travail et les frais qu'une pareille entreprise aurait exigés et devant l'incertitude de trouver un nombre suffisant d'adhésions parmi les confrères de l'étranger.

C'est avec regret que beaucoup ont vu prendre cette décision ; avec moins de pessimisme et un peu plus d'audace, nul doute que ce Congrès projeté, s'il avait été organisé, eût obtenu un grand succès.

Quittons la partie administrative pour nous occuper de la partie professionnelle, qui a présenté un grand intérêt.

Le Dr Rœse, de Munich, dans une longue dissertation sur les causes de la carie dentaire, donne le résultat de ses patientes recherches sur l'influence de l'eau, du sol et de l'alimentation à cet égard. Ce travail, de même que celui de M. Seitz, de Constance, sur les visites dentaires dans l'armée, sera l'objet d'une étude plus étendue dans un des prochains numéros de l'*Odontologie.*

M. le Dr Preiswerk, de Bâle, parle de la morphologie des molaires ; il intéresse vivement ses auditeurs par sa manière de traiter le sujet qu'on sent qu'il possède à fond ; de nombreux dessins et pièces anatomiques augmentent l'intérêt de la description.

M. Nagy, de Genève, présente sous le nom d' « Orgalia » un nouvel or cristallisé de sa fabrication ; c'est un or spongieux d'une belle couleur jaune pâle, possédant au plus haut degré les diverses qualités exigées d'un or à aurifier. Il est chimiquement pur, très plastique, facile à condenser et permet d'obtenir très rapidement une superbe aurification en quatre fois moins de temps qu'avec un autre or. Ces propriétés avantageuses sont pratiquement vérifiées séance tenante ; l'inventeur aurifie sur un patient une large cavité triturante d'une seconde molaire inférieure droite. Il recommande de se servir pour commencer des fouloirs de Trey à tête ronde ; mais, pour terminer l'aurification, des fouloirs ordinaires peuvent être employés de la façon usuelle.

M. le Dr Jessen, de Strasbourg, fait un exposé sur la prothèse des maxillaires à la suite des fractures et après extirpation de tumeurs buccales; il mentionne les difficultes inhérentes à la pose des appareils après la résection des maxillaires ; il fait circuler quelques moulages pathologiques et présente une femme qui était employée dans une fabrique d'allumettes chimiques et qui était atteinte précédemment de nécrose phosphorée. Cette ouvrière, ayant dû subir une extirpation considérable du corps de l'os du maxillaire inférieur, porte un appareil à ailette qui atténue d'une façon sensible la difformité résultant de l'opération.

M. Herbst, de Brême, pratique une série de démonstrations, à l'aide de son or préparé en cylindres, en cubes (pellets), en feuilles épaisses n° 60, sur des dents extraites, qui sont ensuite cassées pour éprouver l'homogénité et la ténacité de ces différents ors. Il aurifie également, sans disque et sans s'occuper de la salive qui vient baigner l'or, la dent de sagesse inférieure droite d'un congressiste de bonne volonté ; cette dent présentait une cavité centrale qui fut obturée en cinq minutes seulement avec de l'or en feuilles n° 60 non recuit. M. Herbst démontre encore la façon d'obtenir par la fusion des couches de verre ; il expose également une quantité de travaux, pièces à pont, appareils, de même que plusieurs procédés pratiques dont il

dévoile le secret. Il annonce que son livre intitulé « Nouveautés » sera sous peu publié en français.

A 1 heure le banquet officiel fut servi dans la grande salle de Casino, au cours duquel de nombreux discours furent prononcés. L'après-midi fut consacré à une charmante excursion à Rheinfelden au bord du Rhin.

Le lundi matin dès 7 h. 1/2, l'assemblée suisse était déjà réunie, car l'ordre du jour de la matinée portait deux ou trois questions administratives très importantes à discuter avant l'ouverture de la séance professionnelle. C'est d'abord la fin de la discussion à propos du projet du Congrès international qui revient comme il avait été décidé; le rapport de la Commission extraordinaire donne lieu à une nouvelle et longue discussion pour aboutir au vote négatif déjà mentionné. On aborde ensuite un sujet des plus délicats qui, à certains moments, provoque des répliques assez animées, à propos d'une proposition des Sociétés de Genève, Bâle et Zurich ayant pour but d'empêcher certains dentistes de trafiquer de leur nom et de leur diplôme pour monter des cabinets dentaires dans différents endroits ou villes et les faire gérer par des opérateurs non diplômés; on cite en passant le nom de M. P... qui possède quatre cabinets, à Montreux, Genève, Saint-Moritz et Hyères (Var). Plusieurs voudraient même que les assistants travaillant sous la direction d'un dentiste autorisé fussent également diplômés ou tout au moins eussent passé l'examen médical. Le débat prouve que la question n'est pas mûre et que les opinions sont fort divergentes; il se trouve quand même une majorité considérable au vote de la résolution suivante :

« Considérant que certains dentistes emploient comme associés, gérants, assistants, opérateurs, des personnes ne possédant pas les titres requis par la loi ou du moins ne pouvant prouver qu'elles ont passé avec succès les examens de physiologie et d'anatomie; considérant que cette manière de faire est en opposition avec les règlements et porte préjudice à la dignité professionnelle, l'Assemble décide qu'il y a lieu de faire cesser un pareil état de choses, » etc...

Il est ensuite procédé à la nomination du nouveau rédacteur allemand de l'organe de la Société « la Revue trimestrielle suisse d'Odontologie » à cause de la démission du titulaire; c'est M. le Dr Schirmer, de Bâle, qui, désigné par le Bureau, est accepté à l'unanimité. Après quelques autres affaires administratives d'importance secondaire, la séance professionnelle est reprise. M. Seitz, de Constance, fait part de quelques observations pratiques concernant la réimplatation dentaire; il parle favorablement de cette opération, il cite de nombreux succès obtenus par lui, bien que plusieurs fois, il ait rencontré des désagréments par le fait d'une résorption rapide de la racine.

M. Dill, de Liestal, présente une série de nouvelles fraises pour préparer les canaux dentaires des racines pour la pose des dents à pivot et en démontre l'emploi sur un patient. Il explique également

l'avantage de plusieurs outils et instruments dentaires inventés ou perfectionnés par lui.

M. Wellaner, de Frauenfeld, vu le manque de temps, ne peut donner lecture de sa communication sur les plaques-bases en aluminium ; elle sera néanmoins insérée plus tard dans la *Revue Suisse*.

M. Herbst, de Brême, entretient encore ses collègues de sa façon de procéder pour obtenir rapidement une pièce métallique sans estamper; il en fait la démonstration (déjà maintes fois décrite dans l'*Odontologie*) qui consiste à presser une feuille mince d'or sur le modèle en plâtre ; puis, une fois les crochets en place et les dents ajustées, le tout est relié et renforcé par de la soudure d'or qu'on fait fondre au chalumeau.

M. Grosheintz, de Bâle, lit une communication sur l'emploi de la cataphorèse pour insensibiliser une pulpe dentaire malade et douloureuse. Le procédé cataphorétique consiste à faire pénétrer dans les tissus de la dent une substance anesthésiante, par exemple de la cocaïne en solution, à l'aide du courant électrique, en plaçant le pôle positif de la pile sur la dent et le pôle négatif en pôle perdu dans une des mains du sujet. Aussitôt après la lecture de ce travail, M. Grosheintz démontre la façon de conduire l'opération, sur deux patients de bonne volonté; cependant cette épreuve n'est pas concluante, les deux sujets manifestant de la douleur dès qu'un courant tant soit peu intense se fait sentir.

A 1 heure 1/2 le banquet d'adieu réunissait une dernière fois les congressistes. La prochaine assemblée générale annuelle se tiendra à Berne en mai 1897.

Malgré le peu de bruit qui se fait autour d'elle, l'Exposition nationale suisse, qui a été ouverte à Genève le 1er mai et sera fermée le 15 octobre prochain, est belle et constitue un grand succès, tant au point de vue du nombre des exposants (plus de 6.000) qu'à celui de l'ensemble des merveilles et des richesses exposées sur une superficie totale de 350.000 mètres dont 75.000 de surface couverte.

Parmi les grandes catégories subdivisées en 47 groupes, la deuxième et la troisième division intéressent plus particulièrement le dentiste. Dans le groupe 18 qui comprend l'enseignement professionnel, l'art dentaire est représenté par l'Ecole dentaire de Genève avec sa vitrine contenant une quantité de modèles en plâtre d'anomalies dentaires, des moulages pathologiques, des photographies et gravures de cas d'adénites, de tumeurs, de gueules-de-loup, de bouches difformes, de même que des appareils de redressement, de rhinoplastie, des obturateurs anciens et modernes. Sont également exposés de nombreux maxillaires d'enfants et d'adultes préparés pour démontrer les germes dentaires et le système nervo-vasculaire dentaire, une superbe collection de dents normales et anormales, celles-ci montrant différents vices de forme, de volume, exostoses et résorption des racines, dents avec adhérences osseuses, etc.

A remarquer plusieurs beaux travaux prothétiques de tous systèmes à côté d'intéressantes pièces anatomiques se rapportant à l'histologie, à l'embryologie et à la stomatologie.

N'oublions pas de signaler douze gros volumes reliés contenant les thèses présentées par les élèves pour l'obtention du diplôme, plus une notice écrite par l'un des professeurs sur la dorure appliquée à l'art dentaire et plus spécialement pour les appareils en aluminium. Ajoutons encore à cette nomenclature plusieurs spécimens d'or à aurifier, d'amalgames, diverses variétés de caoutchouc vulcanisé avec le graphique de leurs différentes forces ou résistances.

En somme, sans présenter de la nouveauté, l'Exposition de l'Ecole de Genève est très complète, fort intéressante et mérite une visite.

C'est au groupe 37, concernant l'hygiène et l'assistance, qu'il faut se transporter pour admirer l'installation des deux maisons de fournitures dentaires, Kölliker, de Zurich, et Raymond, de Genève, qui exposent toutes deux de fort jolis meubles, fauteuils, crachoirs, tours à pied ou électriques, articles et outils dentaires.

M. le Dr Prof. Redard a installé une vitrine très bien arrangée contenant une foule de choses, parmi lesquelles nous notons des modèles d'anomalies dentaires, des moulages dont plusieurs pour prothèse nasale et faciale, diverses photographies de tumeurs, des cas d'actinomycose, de fluxions dentaires, des dents greffées dans des crêtes de coq, des flacons et tubes de chlorure d'éthyle dont il est le vulgarisateur incontesté. On remarque encore des daviers démontables et interchangeables, de l'or nouveau pour aurifier en 5 à 20 minutes sans choc au moyen de fouloirs lisses, divers appareils de prothèse, etc.

Mr Künzli, de Lucerne, expose un appareil à cuve électrolytique pour la galvanoplastie, avec lequel on peut dorer des pièces de prothèse ou métalliser des empreintes. Son exposition comprend également, outre son vulcanisateur-presse breveté pour bourrer et presser le caoutchouc, une certaine quantité de produits tels que : poudre, élixirs et pâtes dentifrices, des substances à empreintes, etc...

M. A. Lambert, de Neuchâtel, a exposé une petite vitrine contenant différents modèles de fraises et des fournitures dentaires diverses de sa fabrication.

M. A. Maillefer, de Ballaigues (Vaud), fait figurer dans sa vitrine des fraises, des fouloirs, des tire-nerfs, des excavateurs qu'il fabrique lui-même et peut livrer à des prix très modérés.

M. E. Müller, de Wädensweil, nous montre son matériel pour fabriquer des couronnes d'or, plus une quantité de couronnes estampées, de pièces à pont à ressort et divers outils.

M. A. Gysi, de Zurich, expose sa précieuse collection microphotographique pour l'étude de l'histologie normale ou pathologique de la dent et de sa genèse.

Enfin, la Société odontologique de Genève a envoyé une vitrine où se remarquent des spécimens d'anomalies dentaires, des moulages de gueule-de-loup, de divisions palatines, un petit tour à main pour l'aiguisage mathématique des forets et des ciseaux à émail, différentes empreintes de cas pathologiques, tumeurs du

maxillaire supérieur (épithéliomas), des coupes microscopiques de dents normales et de tissus pathologiques, plusieurs modèles et appareils de redressement, quelques produits dentaires spéciaux, de l'amalgame, un beau bloc de cobalt, etc., de même qu'un petit traité populaire d'hygiène dentaire dû à la collaboration de plusieurs sociétaires.

L'art dentaire est donc suffisamment représenté à l'Exposition nationale suisse, et à ce propos il est nécessaire de faire ressortir ce fait que les médecins-dentistes (à part quelques praticiens ayant une spécialité à exposer) n'ont pas cru devoir s'afficher d'une manière ostensible. La Société odontolgique de Genève a fait une Exposition collective de pièces rares et de curiosités qui présente peu d'intérêt pour les profanes, mais devant intéresser avant tout les dentistes; en agissant ainsi elle a cherché à éviter de favoriser la réclame de tel ou tel praticien peu modeste. De nos jours, grâce aux journaux dentaires, aux Sociétés professionnelles et aux Congrès, les dentistes ont assez de facilités pour faire connaître leurs travaux, si vraiment ceux-ci sont originaux et pratiques, pour que les exhibitions industrielles et publiques n'aient plus de raison d'être.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DÉCRET RELATIF A L'APPLICATION EN ALGÉRIE DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur,

Vu l'article 35 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, portant:

« Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir » ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est applicable à l'Algérie, sous réserve des dispositions ci-après ;

1° Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'article 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1896 ;

2° Il est permis aux femmes musulmanes d'accoucher leurs coreligionnaires, et aux opérateurs indigènes de pratiquer la circoncision sur des musulmans. Toutefois, il ne peut leur être délivré ni patente ni certificat, et l'autorité administrative reste toujours libre de retirer le bénéfice de cette disposition à tout indigène, homme

ou femme, signalé comme coupable d'abus, manœuvres criminelles ou délictueuses, imprudences préjudiciables à la santé publique ou contraires au bon ordre.

Les indigènes qui, ayant été l'objet d'une interdiction de ce genre, continueront à prêter leur concours à des accouchements ou à des circoncisions, seront passibles des peines prévues par la loi contre l'exercice illégal de la médecine.

Art. 2. — Les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Brest, le 7 août 1896.

Félix Faure.

Par le Président de la République :
Le garde des sceaux, ministre de la justice,
chargé par intérim
du ministère de l'intérieur,
J. Darlan.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
A. Rambaud.

LES DOCTEURS ÉTRANGERS EN CHIRURGIE DENTAIRE DEVANT LA LOI DE 1892.

Par M. P. Stévenin.

Un dentiste étranger ou français, exerçant en France, après avoir obtenu dans une école dentaire libre en pays étranger le titre de docteur en chirurgie dentaire, a-t-il le droit de porter ce titre de docteur, même en le faisant suivre du nom de l'Ecole ou de la Faculté dentaire qui l'a délivré? Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre.

Pour y parvenir il faut rechercher les conditions dans lesquelles les diplômes médicaux sont obtenus à l'étranger, notamment en Amérique, faire ressortir les différences essentielles qui existent entre les divers grades conférés par les pouvoirs publics de ce pays, comparer ces titres au titre français et enfin voir, en envisageant la législation française, si ce titre de docteur en chirurgie dentaire donne, en France, à celui qui l'a obtenu à l'étranger, le droit de porter le titre de « Docteur », même en le faisant suivre du nom de l'Ecole ou de la Faculté dentaire qui l'a délivré.

Tout dentiste doit, pour exercer légalement l'art dentaire aux Etats-Unis, justifier d'un diplôme délivré par la section dentaire d'une université (*Jental département*) ou par une école dentaire ayant l'autorisation légale de conférer des diplômes (*chartered and incorporated*), soit d'un certificat émanant du jury d'examen (*Board of examiners*) de l'Etat dans lequel il exerce sa profession.

La valeur de ces diplômes n'est pas la même sur tout le terri-

toire des Etats-Unis. Ainsi l'Ecole de l'Université de Harvard confère le diplôme de docteur en médecine dentaire (D. M. D.), et les autres écoles délivrent celui de docteur en chirurgie dentaire (D. D. S). Le premier diplôme implique des études en médecine plus approfondies que le second. Nous savons, en effet, que les étudiants dentistes de l'université de Harvard ne se séparent des étudiants en médecine qu'à la dernière année de leur scolarité.

Quoi qu'il en soit,nous ne pouvons pas mieux faire que de comparer la valeur de ces diplômes à celle de notre diplôme français de chirurgien-dentiste, car les programmes et la durée des études sont sensiblement les mêmes, et ce sont, dans l'un et l'autre pays, des diplômes spéciaux relatifs à l'art dentaire. En Amérique ils confèrent le titre de « Docteur en chirurgie dentaire »; voilà où commence la difficulté. Pour les initiés, il ne viendra jamais à l'idée de personne d'établir une équivalence entre ces diplômes spéciaux et le diplôme de « docteur en médecine français ». Il suffirait, au surplus, de jeter un coup d'œil sur les conditions d'obtention du diplôme français pour se rendre compte des différences profondes qui existent entre notre diplôme de docteur en médecine et le diplôme américain de docteur en dentisterie. Ici, indépendamment des études médicales qui sont très complètes, il faut, comme condition d'admission dans une Faculté de médecine, justifier de l'obtention de baccalauréats sur la nature desquels il n'y a point à insister. Là-bas, rien de semblable n'existe : un certificat d'études primaires suffit le plus souvent. De plus, pas d'assimilation possible au point de vue des études médicales.

Et cependant, les docteurs spéciaux étrangers exercent transitoirement ou pourront exercer à l'avenir en France (après avoir obtenu toutefois le titre de chirurgien-dentiste français) et prendre le titre de « docteur ». Pourquoi, peut-on objecter, prendraient-ils ce titre de « docteur » en France ? Chez eux, soit ; le public comprend probablement la signification de ces lettres D. M. D. — D. D. S. Chez nous, qui dit « Docteur » parle de quelqu'un non seulement très expert dans *toutes les branches de la science médicale*, mais qui, de plus, a donné toutes les garanties désirables quant aux connaissances classiques. Donc, d'une part, ce titre de « docteur », pris indistinctement par les diplômés étrangers, prête à confusion au détriment de nos diplômés, il faut le reconnaître. D'autre part, il peut faire illusion et induire le public en erreur, car, en France, quand on emploie le terme de « docteur », on a l'idée d'un docteur tel qu'il sort de nos Facultés et on ne supposera jamais, en général, que tel ou tel pays délivre ce titre à des spécialistes qui n'ont eu à s'occuper plus particulièrement que d'une branche de l'art de guérir. Et il en est ainsi, alors même que le docteur *in partibus* indique l'origine étrangère de son titre. En effet, cette indication ne peut que renseigner la corporation médicale ; mais qui voudrait soutenir que le public est apte à discerner qu'il y a docteurs et docteurs, comme il y a fagots et fagots ? Voilà donc, en France, de par la force des choses, le docteur spécialiste iden-

tifié avec le docteur complet, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Et pourquoi cela ? Parce qu'il se trouve des pays où le titre de docteur est, sinon détourné de son sens, du moins octroyé à profusion. Cela peut paraître commode à ceux qui en bénéficient ; mais il n'en est pas moins vrai que cette facilité constituerait un véritable gâchis le jour où les Facultés et écoles libres étrangères, dans le but de préparer leurs compatriotes pour la lutte à l'extérieur, créeraient inconsidérément et par trop facilement des docteurs pour l'exportation.

L'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 ne met-il pas obstacle à une situation qui, en somme, peut causer un très grand préjudice à nos nationaux ? La question n'a point encore été soumise à l'appréciation des tribunaux ; nous n'avons donc point de précédents judiciaires pour nous diriger. En restant dans le domaine de la doctrine pure, nous pouvons nous demander quelle solution devrait intervenir dans le cas où le juge aurait à statuer sur une difficulté de cette nature.

Il est incontestable que la loi de 1892 s'est occupée surtout de réglementer la médecine. Cela a été son objectif fondamental et elle a relégué l'art dentaire au second plan. Ce n'est pas sans raison qu'on en a fait reproche au législateur, car si les dispositions de cette loi relative à l'art dentaire avaient été l'objet d'une loi spéciale et distincte, il aurait plus facilement pu examiner et découvrir les anomalies que la pratique fait journellement toucher du doigt.

En lisant la discussion de la loi, on est bien vite convaincu qu'en édictant l'article 19 les Chambres n'ont visé que les médecins, qui, exerçant la médecine en France, en qualité d'officiers de santé, s'en allaient demander un diplôme de docteur à l'étranger. On a obligé cette catégorie de médecins à indiquer le nom de la faculté qui a délivré ledit diplôme.

Quelle a été la raison de cette tolérance, car enfin, il était loisible aux pouvoirs publics de déclarer que la loi française ne reconnaissait pas le diplôme de « docteur » de provenance étrangère ? Une prohibition de cette nature eût eu le mérite de la netteté. On a eu recours à des moyens termes, parce qu'en réalité on n'a pas voulu mettre en suspicion les Facultés étrangères et créer, en quelque sorte, un protectionnisme médical. On a donc permis à des médecins qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine complet à l'étranger de prendre le titre de « docteur » sous la condition énoncée dans l'article 19.

Que doit-on décider au sujet du titre spécial de docteur en chirurgie dentaire ? En Amérique tout le monde est docteur, dit-on ; à cela nous n'avons rien à objecter : « charbonnier est maître chez lui. » Il serait certainement plus pratique qu'il en fût ainsi chez nous ; nous estimons même qu'il est parfaitement regrettable qu'il n'en soit pas ainsi.

Eh bien ! on peut facilement se figurer l'accueil qui aurait été fait à un amendement tendant à substituer au nouveau titre de « chirurgien-dentiste », créé par la loi de 1892, celui de « docteur

en chirurgie dentaire ». Nous voyons d'ici le chapitre des objections.

Mais est-ce à dire (et nous sommes au cœur de notre question) que, si une nation étrangère crée différents ordres de doctorat, celui de docteur en chirurgie dentaire par exemple, ce titre de docteur restreint conférera au titulaire le droit de prendre la qualité de « docteur » en France, même en ajoutant le nom de l'Ecole ou de la Faculté qu'il l'a délivré? Pour répondre négativement, il nous suffirait de rappeler que toute loi de police est de droit étroit, que la loi de 1892 étant essentiellement une loi de police, les autorisations qu'elle octroie ne peuvent s'appliquer qu'à ceux nommément désignés, dans l'espèce à ceux qui ont obtenu le diplôme de « docteur en médecine » d'une Faculté étrangère.

Il est un autre argument non moins puissant : ce titre de docteur français est très appréciable et à juste titre très apprécié dans notre pays. Il ne devient qu'un vain mot si le titre de docteur en chirurgie dentaire suffit pour bénéficier des avantages moraux qui s'attachent à ce titre tel que nous le concevons chez nous. S'il y a analogie dans les mots, il y a des différences sensibles dans le fond des choses.

Le diplomé d'un Etat qui a adopté une échelle universitaire ne cadrant pas avec la nôtre pourra-t-il venir dire : « Je suis titulaire d'un diplôme qui dans mon pays me donne le droit de prendre le titre de docteur en chirurgie dentaire, donc j'ai le droit de prendre en France (art. 19) le titre de docteur » ? Qui n'aperçoit immédiatement le vice d'un pareil raisonnement ? En bonne logique que pourrions-nous répondre ? « La loi française vise le diplôme de docteur en médecine, c'est-à-dire le diplôme complet. Or vous ne justifiez que d'un diplôme restreint qui porte, il est vrai, le mot docteur. Certes votre pays est maître de sa terminologie ; mais comme elle prête dans le nôtre à une confusion et que nous sommes chez nous, vous ne pouvez vous recommander des dispositions de l'article 19 qui a trait au doctorat en médecine seulement. Il en résulte que le titre de docteur vous est interdit. »

Jusqu'ici la jurisprudence n'a eu à se prononcer que relativement aux dentistes étrangers qui avaient pris la qualité de docteur sans indication de l'origine de leur titre. Aujourd'hui la question est tout autre : il s'agit de savoir si, même avec cette indication, les docteurs restreints en chirurgie dentaire étrangers ont le droit de porter le titre de docteur.

La parole est soit aux tribunaux, soit au législateur, au cas d'une révision ayant pour objet de combler les lacunes d'une loi que la pratique a mises en relief.

A PROPOS DE RECTIFICATION.

A M. le Dr Rolland et aux Archives nationales de Stomatologie et d'art dentaire.

Il a été publié dans le numéro de juillet de ce journal, sous la signature C. G., quelques lignes pour remercier les *Archives nationales*

de stomatologie et d'art dentaire de l'article nécrologique qu'elles avaient consacré à P. Dubois.

Cet article le représentant bien à tort comme l'ennemi de l'Ecole dentaire de Bordeaux, nous avons cru devoir, à cette occasion, rectifier ce que cette opinion, ainsi formulée, avait d'erroné. Cette rectification m'avait, d'ailleurs, été demandée par un confrère de Bordeaux, qui était venu chez moi me communiquer l'article en question. Il y était en effet cité comme ayant assisté à la réunion dans laquelle Dubois aurait, disait-on, exprimé des sentiments hostiles à l'égard de cette Ecole.

M. le Dr Rolland profite de cette rectification pour faire paraître, dans le numéro d'août des *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire*, une longue lettre dans laquelle il raconte l'entrevue à laquelle il a déjà été fait allusion dans l'article précédent et expose en même temps ses divers griefs contre MM. P. Dubois, Godon et leurs amis de l'Ecole dentaire de Paris, en employant parfois à notre égard un langage un peu vif et en nous gratifiant de quelques aménités qui ne nous ont pas paru bien nécessaires à son argumentation.

Je ne suivrai pas M. le Dr Rolland sur ce terrain, non pas que je craigne la polémique — j'y suis un peu habitué depuis bientôt vingt ans que je bataille, — mais parce que, si j'accepte volontiers les polémiques professionnelles, j'estime que celles qui s'adressent à la personne — et la sienne est du nombre — sont sans aucun intérêt pour nos lecteurs et sans utilité pour la cause et les écoles que nous représentons tous deux.

Mais si nous ne nous engageons pas sur le terrain personnel que M. le Dr Rolland semble affectionner, il ne nous paraît pas moins nécessaire de ne pas laisser passer ses nouvelles affirmations sans y apporter encore quelques rectifications.

D'abord ce n'est pas, comme le prétend M. Rolland, Dubois et moi qui avons été les promoteurs de la réunion tenue à la *Taverne anglaise* à Bordeaux en 1895 et qui fait l'objet de ce débat. Nous y avons été, au contraire, invités par quelques-uns des fondateurs de l'Ecole dentaire projetée, parmi lesquels nous comptons des collègues de l'Association et des amis.

Cette réunion avait pour but de nous faire connaître les conditions dans lesquelles se fondait la nouvelle école, ainsi que ceux qui contribuaient à cette fondation, et de créer entre les deux écoles une entente que nous considérions tous comme très utile.

Nous nous sommes rendus avec empressement à cette réunion ; mais je dois dire qu'à notre grande surprise nous n'avons pas rencontré chez M. Rolland le même désir d'union que chez ses collègues. J'en trouve l'explication dans sa réponse dernière. Peut-être son attitude était-elle due au mécontentement que lui avait causé le rapport de Dubois au Congrès de Bordeaux sur l'enseignement dentaire. Pourtant Dubois y préconisait la création des écoles dentaires en province ; il est vrai aussi qu'il y blâmait sévèrement les procédés de constitution de certaines écoles américaines.

M. Rolland ne pouvait voir là des critiques à son projet de

fondation, Dubois ayant été chargé de ce rapport par le comité central du Congrès alors qu'il n'était pas question de la création de l'Ecole dentaire de Bordeaux ou que personne d'entre nous n'en avait connaissance.

D'autre part, la première des propositions d'entente que nous présentâmes n'était pas formulée comme l'indique M. Rolland. C'est moi-même qui la rédigeai et la soumis au Congrès, dans le Compte rendu duquel je la retrouve, page 218. Elle est ainsi conçue : « *L'Assemblée émet le vœu que, dans le cas où il se créerait des Ecoles dentaires libres en province, il soit créé en même temps un syndicat général des Ecoles dentaires.* »

Cette proposition, votée d'ailleurs par le Congrès de Bordeaux comme les diverses conclusions du rapport de Dubois, n'avait d'autre but que celui d'unir les différentes écoles en vue de leur défense devant les pouvoirs publics, ainsi que contre les établissements d'enseignement susceptibles de se constituer ou de fonctionner d'une façon insuffisante ou indigne, ce qui, à notre avis, aurait créé un danger pour les autres écoles, dans notre pays où l'enseignement libre est encore plutôt toléré qu'admis par les administrations de l'Etat.

C'était donc une union que nous proposions, et non, comme le prétend M. Rolland, une inspection créée au profit de l'Ecole de la rue Rochechouart et dont nous aurions eu la direction. Nous autres « *gens de petite honnesteté et de mince sçavoir* », comme disait Montaigne et comme dit après lui si aimablement M. le Dr Rolland, nous n'aurions jamais eu semblable prétention, quoique nous eussions, tout comme l'Ecole de Bordeaux, dans notre corps enseignant des docteurs en médecine, parmi lesquels des agrégés de la Faculté de médecine, d'anciens internes des hôpitaux, des dentistes des hôpitaux, etc. Nous nous contentions de demander simplement, comme nous le demandons encore, une union qui nous semblait le correctif nécessaire et la garantie de la liberté d'enseignement dont nous profitons.

Ce n'était pas chose nouvelle. Cette union existe aux Etats-Unis entre les Ecoles dentaires américaines, sous le nom d'*Association des Facultés dentaires nationales*, et rend des services aux établissements d'enseignement qui en font partie. On lui doit notamment l'unification de la durée des études à 3 ans, l'examen préliminaire, l'élévation de la scolarité de 5 mois à 9 mois, la suppression des écoles délivrant des diplômes *in absentiâ*, etc.

Quant aux deux autres propositions présentées par M. Dubois, elles différaient un peu par les termes de celles rappelées par M. Rolland, mais elles sont exactes dans le fond [1].

Elles se résument ainsi : 1° *Pour qu'une école ait quelque autorité morale, il faut qu'elle soit appuyée par la généralité des dentistes de la région ou au moins par une des associations professionnelles existantes.* 2° *Les ressources d'une école ne doivent provenir que des versements des élèves ou des dons et non de la rétribution des malades.*

Comme on le sait, l'Ecole dentaire de Bordeaux n'est pas établie

1. Voir à ce sujet le Compte rendu du Congrès de Bordeaux, page 121.

sur ces bases, qui sont, au contraire, celles de l'Ecole dentaire de Paris. Aussi M. le Dr Rolland fait-il une sorte le plaidoyer en faveur du système qu'il a cru devoir faire adopter à Bordeaux.

Je juge inutile de le suivre dans son argumentation, puisqu'il a, en cette matière, des idées diamétralement opposées aux nôtres, et, j'ajouterai, à celles de la majorité de nos confrères, chaque fois qu'ils ont été consultés dans les assemblées professionnelles, au Congrès de Bordeaux, par exemple.

Enfin, quoi qu'en dise M. Rolland, si la réunion que nous eûmes ensemble se termina d'une manière un peu froide, il ne s'en est suivi aucun acte public d'hostilité volontaire de la part de P. Dubois ou de ses amis depuis l'ouverture de l'Ecole de Bordeaux.

M. Rolland formule, il est vrai, quelques griefs : c'est ainsi qu'il nous reproche d'avoir systématiquement refusé d'échanger l'*Odontologie* contre son journal. Mais pour obtenir cet échange, il eût fallu au moins le demander, et je n'ai pas connaissance que pareille lettre de demande ait jamais été adressée à l'administration de l'*Odontologie*. Néanmoins, afin de donner une preuve du désir d'union dont nous sommes animés, nous considérerons cette réclamation comme une demande régulière et nous inscrivons dès maintenant les *Archives nationales* au nombre des journaux avec lesquels nous faisons l'échange.

Quant aux autres griefs, ils sont tellement insignifiants qu'il vaut mieux, je crois, n'en pas parler.

Encore une fois, je demeure convaincu, et c'est la dernière pensée que j'exprimerai, que l'union entre les conseils d'administration des diverses écoles dentaires françaises sur le terrain de l'enseignement est non seulement utile, mais nécessaire, aussi bien du reste que pour les différentes sociétés professionnelles. Cette union doit se faire non par l'absorption des unes au profit des autres, mais en respectant l'indépendance de chacune d'elles et en formant seulement, comme cela existe à l'étranger, des comités centraux chargés de la défense de ceux de leurs intérêts qui sont communs.

Cette œuvre d'union est d'ailleurs commencée et chaque dentiste en apprécie déjà les avantages, nous en avons eu l'impression cette année à Nancy. Aussi suis-je persuadé que ceux qui la comprennent triompheront à la longue, pour le plus grand bien de notre profession, de ceux qui ne la comprennent pas encore et même de ceux qui semblent ne pas la vouloir.

Ch. Godon.

P. S. — On nous communique au dernier moment une lettre de M. le Dr Rolland adressée à l'un des professeurs de l'Ecole, lettre de laquelle il résulte qu'une expression dont il s'était servi dans son article et qui avait éveillé les susceptibilités du corps enseignant avait dépassé sa pensée. Dont acte.

C. G.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

UNE BASE POUR LA NOMENCLATURE DENTAIRE.

Par M. A. H. THOMPSON

C'est un fait reconnu par tout le monde que la nomenclature dentaire est dans une situation désastreuse. Le peu que nous en avons est imparfait et confus, nos termes sont mal formés et d'un emploi difficile dans la pratique et la plupart ont une origine et une formation peu scientifiques. Comme tous les systèmes de terminologie, le nôtre est plus ou moins arbitraire, plus ou moins artificiel et s'est développé par suite de l'addition de termes de rencontre, forgés et employés sans raison et souvent hors de propos et sans distinction.

Certes, des noms doivent souvent être employés sans qu'on ait égard à leur signification ou à leur rapport avec la chose qu'ils désignent. Des mots qui sont par eux-mêmes explicatifs et descriptifs ne se trouvent pas toujours, surtout quand il s'agit de désigner des choses entièrement nouvelles pour la science. Des noms pour des choses nouvelles doivent être des racines dont on puisse tirer une série tout entière de dérivés, représentant des propriétés, des fonctions ou des rapports. Un exemple nous en est fourni par la nomenclature récente de l'électricité, dans laquelle il a été découvert ou inventé des choses nouvelles qui exigeaient des noms nouveaux et distincts, et ces noms sont des racines d'où sont dérivés les termes secondaires.

Dans la nomenclature dentaire il est parvenu jusqu'à nous beaucoup de noms dont quelques-uns sont mal formés et mal définis; néanmoins il faut les accepter parce qu'ils sont consacrés par l'usage et il serait impossible de les changer. D'autres expriment bien la signification et représentent bien la chose, et se prêtent à l'emploi de racines pour en tirer des termes explicatifs. Les noms primitifs appliqués aux dents et à leurs grosses parties doivent être acceptés à présent; mais il n'est pas trop tard pour vérifier et rendre scientifiquement exacts les mots nouveaux et dérivés pour la petite anatomie régionale, les caractères fonctionnels. Tandis que beaucoup de noms primitifs étaient simplement arbitraires, d'autres étaient tout à fait descriptifs, et tous doivent maintenant être acceptés et on doit en faire le meilleur usage possible afin d'éviter la confusion en essayant un changement trop grand.

On admet généralement que notre nomenclature a grand besoin de correction et de codification, et la première chose à considérer à cet égard, c'est le point de départ. Pour tous ceux que la question préoccupe il semblerait que ce point nous a été fourni par M. G. V. Black dans son remarquable travail sur le sujet présenté au Congrès de Chicago et publié dans les comptes rendus (V. II, p. 825). Il nous a donné là l'histoire et la philosophie du sujet d'une façon

absolument complète, de sorte que toute autre étude dans cet ordre d'idées est superflue. Cette importante communication est un guide dans l'histoire de la nomenclature dentaire et peut servir de point de départ dans une nouvelle voie. Sans perdre de temps à discuter l'intérêt d'avoir une nomenclature déterminée, sur laquelle nous serions tous d'accord, nous pouvons dès à présent établir un code arbitrairement.

Ce travail peut être entrepris par l'Association dentaire américaine, qui est le corps représentatif national de la profession dans notre pays, l'expression de l'opinion et de la politique de la corporation, et qui a l'autorité voulue pour trancher les questions d'intérêt général intéressant celle-ci. Une décision émanant de ce corps serait respectée par tous et le code de terminologie serait finalement et graduellement accepté et employé par tous. Il faut qu'une tentative soit faite et qu'elle soit arbitraire, et ce corps seul a qualité pour l'entreprendre.

Il faudrait qu'une liste de termes d'un emploi général nous fût présentée cette année sous le nom de *Code de 1895*, restât pendant un an soumise à l'examen et à la critique de la profession et fût adoptée ensuite avec les corrections et les modifications désirables dans la réunion de l'année prochaine.

Des listes de termes dans toutes les branches pourraient être ajoutées à ce code d'une année à l'autre, en les proposant, en les soumettant pendant un an à la discussion et en les adoptant ensuite. Des termes nouveaux sur quelques points controversés provoqueraient des discussions, mais ils devraient faire l'objet d'une décision définitive. Une discussion d'une année aurait sans doute des résultats satisfaisants pour les points en litige.

Je pense que l'on pourrait emprunter des termes aux naturalistes pour désigner les parties des dents, afin d'éviter les combinaisons embarrassantes en usage actuellement dans notre littérature. Quelques-uns vous sont présentés dans la liste qui vous est soumise et d'autres seront compris dans la liste des noms d'anatomie dentaire comparée.

Une nomenclature dentaire systématique devrait être basée sur le système zoologique des noms des dents des mammifères employés par les naturalistes; c'est là-dessus que doit reposer une nomenclature professionnelle comme celle de M. Black à l'usage des dentistes; elle doit même avoir pour base un système plus détaillé pour la désignation des cavités, dans le genre de celui de M. Kulp.

Les trois systèmes sont indispensables : 1° la description de la dent en général ; 2° la description détaillée ; 3° la désignation minutieuse des zones sur les faces des dents. Un système arbitraire pour la désignation des cavités, comme celui de M. Kulp, est nécessaire pour éviter les combinaisons gênantes de mots composés qui autrement seraient indispensables. La proposition de M. Kulp de diviser la couronne est peut-être la meilleure qui vous ait été faite. C'est là une question qui doit être examinée à fond avant qu'on adopte dé-

finitivement un système descriptif détaillé, comme il le faut pour désigner les cavités.

Mais nous devons nous borner à étudier la question pour la première fois dans cette réunion et à vous soumettre une liste. Puis le travail se continuera d'année en année, en marchant lentement, afin de vous laisser suffisamment de temps pour la discussion et les propositions. La commission[1] exprime le désir qu'il lui soit fait des propositions afin d'arriver à une liste complète, pour que le code adopté donne toute satisfaction à la profession.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE.

I. — Présence d'un steptothrix dans trois cas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

MM. *Sabrazès et Queré* ont étudié trois cas de pyorrhée alvéolo-dentaire. Ils signalent, pour prendre date, la présence dans le pus de chacun de ces cas d'un champignon ramifié du genre steptothrix. Dans la dernière observation qu'ils viennent de recueillir, ce steptothrix se présentait dans le pus sous l'aspect de grains d'un blanc grisâtre. Ces grains donnent à l'examen microscopique l'image des grains actinomycosiques. Ces champignons se laissent très bien colorer par le procédé de Gram; le violet de gentiane aqueux montre très nettement les ramifications du mycélium. Dans un travail ultérieur, les auteurs donneront leurs observations cliniques, le résultat des cultures et des essais de traitement par l'iodure de potassium.

M. *Davezac* demande quel est le mode de suppuration que présentaient les malades de MM. Sabrazès et Queré. Etait-ce la fistule gingivale consécutive à l'abcès alvéolo-dentaire ou la suppuration du collet de la dent, dans laquelle en pressant sur la gencive on vient à faire sourdre quelques gouttes de pus?

M. *Sabrazès*. — Les cas que j'ai observés se rapprochent surtout de ce dernier mode. La pyorrhée alvéolo-dentaire est bien décrite dans les traités de chirurgie dentaire. Plusieurs dents deviennent branlantes, leur partie libre s'allonge par retrait de la gencive et, quand on presse sur celle-ci, on voit sourdre du pus. Ces pyorrhées sont rebelles, et il serait heureux qu'on en connût la nature, car, si l'on en démontrait l'origine actinomycosique, il est à espérer qu'on obtiendrait de bons résultats par le traitement ioduré à l'intérieur.

M. *Demons* demande si l'on peut voir dans le pus les grains jaunes de l'actinomycose. La pyorrhée alvéolo-dentaire lui rappelle ce qu'on décrivait autrefois sous le nom de gingivite expulsive, affection contre laquelle on luttait très difficilement et qui se terminait par la chute des dents.

M. *Sabrazès*. — On distingue le plus souvent dans le pus des grains plus ou moins volumineux et dont la coloration varie du jaune au gris; ce sont des grains d'actinomycose.

1. Ce travail a été lu à la réunion annuelle de l'Association dentaire américaine de 1895 par le rapporteur de la Commission spéciale chargée d'étudier un projet de nomenclature dentaire, M. A. H. Thompson.

M. *W. Dubreuil* a suivi plusieurs malades atteints d'actinomycose du maxillaire, mais qui ne présentaient pas de pyorrhée alvéolo-dentaire. La pénétration du parasite dans le corps de l'os semblait s'être faite par le canal dentaire ; ce fait a d'ailleurs été démontré par quelques observateurs.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux* et *Gaz. des Hôpit. de Toulouse.*)

II. — La carie des dents de lait.

Le Dr *Bruneau* relate la fréquence et les dangers consécutifs à la carie des dents de première dentition.

Les dents de lait sont beaucoup plus souvent atteintes de carie que les dents de la seconde dentition, par suite du régime alimentaire des enfants et du peu de soins hygiéniques de leur bouche. La dent malade devient un véritable foyer infectieux et de nouvelles caries se développent, presque toujours sur les molaires, les dents les plus utiles à la mastication ; plus tard la périostite, les abcès et les fistules gingivales ne sont pas rares. Quand une dent de lait disparaît trop tôt, il en résulte un arrêt de développement de la mâchoire et plus tard la dent permanente ne trouvant pas un espace suffisant pour se placer est rejetée en dehors de la courbe normale, d'où les déviations des prémolaires sur l'arcade.

Parmi les accidents les plus immédiats, on doit signaler les angines, les inflammations chroniques des amygdales par extension de la gingivite. Par suite d'une mastication incomplète, l'estomac est surmené, les digestions deviennent difficiles et tout le cortège des accidents dyspeptiques se déroule. Les produits des cavités cariées et des plaies des gencives, qui se déversent constamment dans la bouche et de là dans l'estomac et l'intestin, causent une véritable auto-intoxication ; des phénomènes plus ou moins graves ne tardent pas alors à se développer : dilatation de l'estomac, vomissements, diarrhée, etc.

Afin de conserver à l'enfant toutes ses dents de lait jusqu'à l'époque de leur chute naturelle, on doit insister près des parents sur la nécessité de pratiquer rigoureusement l'hygiène buccale.

(*Journal des praticiens* et *Revue médicale.*)

III. — Les fistules du canal de Sténon.

M. Nicoladoni (de Gratz) critique les données anatomiques admises jusqu'à ce jour sur le canal de Sténon. Les anatomistes enseignent que ce conduit, en pénétrant dans la glande, se divise en de nombreuses ramifications ; au contraire, d'après l'auteur, le canal de Sténon émet quelques ramifications très grêles à son entrée dans la parotide, puis il contourne le bord inférieur de la glande pour remonter de nouveau dans le lobule qui s'étend derrière l'oreille.

Les fistules qui occupent la portion buccale du canal de Sténon exigent un abouchement direct du canal dans la cavité buccale ; on réussit à guérir celles de la portion massétérine et de la portion glandulaire en prolongeant le canal dans l'intérieur de la bouche par une opération autoplastique.

(*La Revue médicale.*)

IV. — Sur un ulcère perforant du voile du palais.

M. Darier. — Ce malade présente deux perforations du voile du palais qui se sont faites sans la moindre réaction inflammatoire, sans qu'il y ait de gonflement, ni de suppuration, ni de douleur. Ces perforations grandissent peu à peu et tendent à se rejoindre. L'interrogatoire, mené

avec le plus grand soin, ne nous a pas permis de trouver des traces certaines de syphilis soit acquise, soit héréditaire. Du côté du tabès, l'enquête a conduit aussi à des résultats négatifs. Malgré tout, je tendrais à admettre l'existence d'une syphilis ancienne, ignorée.

M. Du Castel. — Les perforations sont entourées d'une zone érythémateuse, elles ne se sont donc pas produites entièrement sans réaction.

M. Fournier. — S'il s'agit de syphilis dans le cas de M. Darier, il faut avouer que cette syphilis nous est inconnue, c'est une vérole nouvelle, une vérole fin de siècle. Jusqu'à présent, j'ai toujours vu les perforations du voile du palais dépendant de la syphilis être précédées d'un processus gommeux.

(*Le Bulletin médical.*)

V. — Évolution anormale de la dent de sagesse.

Les formes buccales de périostite du maxillaire avec accidents muqueux et nerveux, de fistules simples ou multiples, sont des variétés assez fréquentes de l'évolution anormale de la dent de sagesse. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que la dent ayant évolué, soit directement en bas, soit en bas et en dehors, vient sortir hors de la cavité buccale, en l'absence, d'ailleurs, de phénomènes inflammatoires graves.

Le cas rapporté par les auteurs fait partie de cette variété très rare de l'évolution anormale de la troisième molaire. Une perforation, située au-dessous et un peu en avant du lobule de l'oreille gauche et entourée par un petit bourgeon rougeâtre, livrait passage à une grosse molaire présentant l'extrémité de la couronne au ras de la surface cutanée. L'affection a débuté par une petite tumeur rouge qui s'est ulcérée et a créé une fistule qui s'est élargie au point de donner issue à la grosse molaire. Les considérations curieuses de cette observation sont l'âge exceptionnel (soixante-trois ans) auquel se sont produits ces accidents et l'extrême lenteur du processus inflammatoire.

(*Presse médicale* et *Revue médicale.*)

VI. — Épaisseur des os du crane.

M. Lagneau (Académie de Médecine, séance du 23 juin 1896) revient sur la communication que M. Péan a faite dans la dernière séance sur l'*épaisseur des os du crâne.* Cette épaisseur varie suivant les races. Hérodote avait remarqué, sur un ancien champ de bataille, que les crânes des Perses étaient plus fragiles que ceux des Egyptiens. Broca a fait remarquer que les crânes datant des temps préhistoriques étaient plus épais que les crânes actuels. Enfin l'épaisseur diminue dans la vieillesse ; c'est une atrophie sénile.

Quant aux exostoses et hyperostoses que l'on rencontre, intra ou extra-crâniennes, elles ne sont pas toujours dues à la syphilis.

(*L'Union médicale.*)

VII. — Sur un ferment oxydant de la salive et de quelques autres sécrétions (*Société de Biologie*, 5 juin 1896).

La salive humaine, fraîche et filtrée sur papier, donne, en quelques minutes, avec une solution à 1 p. 10000 de paraphénylène diamine, une coloration violette.

Avec la teinture de gaïac, la liqueur passe presque immédiatement au vert bleuâtre, mais on n'obtient pas la teinte bleue que lui communique la laccase.

L'hydroquinone, le pyrogallol montrent aussi le pouvoir oxydant de la salive.

Cette action n'est pas due aux microorganismes ni à leurs sécrétions. En effet :

1° La salive, abandonnée quelques jours à elle-même, oxyde moins que la salive fraîche ;

2° La salive recueillie à l'orifice des conduits glandulaires offre aussi un pouvoir oxydant ;

3° La salive filtrée au filtre Chamberland a un pouvoir oxydant très net, quoique moins intense que la salive naturelle ;

4° L'ensemencement de tubes de bouillons avec les microorganismes de la salive a donné une culture dépourvue de ferment oxydant.

La salive agit sur la teinture de gaïac et le paraphénylène diamine dans un milieu légèrement alcalin. Aucune action ne se produit dans un milieu acide. Ceci constitue une différence très nette entre l'oxy-ferment animal et les ferments végétaux (laccase, etc.), qui continuent leur action en milieu acide.

On trouve également dans le mucus nasal, les larmes, le sperme, un ferment oxydant, mais l'intensité de réaction est moins vive. L'urine, la bile et les sécrétions intestinales en sont, au contraire, complètement dépourvues.

(*Journal des connaissances médicales.*)

VIII. — PERFORATION CENTRALE DU VOILE DU PALAIS (Dr MYLES).

Homme, 21 ans, atteint de perforation centrale du voile du palais. Il ne peut que murmurer les mots, et cette infirmité l'a empêché d'entrer dans le commerce. Soigné sans succès en Angleterre et en Amérique.

En octobre 1881, je l'éthérisai, et je grattai les bords de la perforation en faisant une incision de chaque côté, en suivant les bords de la voûte du palais près des lames ptérygoïdes, d'après la méthode de M. Burney. Cela avait pour but de remédier à la tension que les filaments musculaires exercent sur les sutures. Je fis quelques sutures à 6 ou 8 millimètres du bord de la fissure, en les faisant passer du côté opposé. Malgré ces précautions je remarquai, quelques jours après, que l'opération n'avait pas réussi. J'anesthésiai alors le malade à la cocaïne et je passai une aiguille recourbée à travers les tissus, comme je l'avais fait la première fois, mais je fis les points de suture plus éloignés des bords. J'obtins d'excellents résultats. Des professeurs de diction ont amélioré étonnamment l'organe de ce jeune homme. Deux points intéressants sont à noter dans ce cas : le développement remarquable du muscle palato-pharyngien, que je n'ai pas vu mentionné dans les traités d'anatomie, et l'extrême allongement de l'extrémité du cornet inférieur.

(*La Pratique médicale.*)

CORRESPONDANCE.

Paris, 19 septembre 1896.

Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*,

Je vous prie de vouloir bien faire connaître aux intéressés, par la voie de votre journal, que je ne fais plus partie à aucun titre de l'Ecole dentaire pratique (11, rue Réaumur). J'ai adressé le 15 septembre au bureau de cette Ecole ma démission par lettre recom-

mandée, démission dont on ne m'a point encore accusé réception.

J'ai, du reste, tout lieu de croire que cette Ecole ne rouvrira pas ses portes rue Réaumur, attendu que j'ai donné congé, en date du 30 juin dernier, en bonne forme, de l'appartement qu'elle y occupait sous mon nom ; mais, quoi qu'il arrive, je tiens à bien marquer que je n'ai plus rien de commun avec elle.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Directeur, avec mes remercîments, l'assurance de mes sentiments distingués.

L. Richard-Chauvin.

51, rue de Châteaudun.



NÉCROLOGIE.

On annonce la mort du Dr Jules Eugène Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine retraité, ancien président de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Versailles le 13 septembre, à l'âge de 76 ans.

Avec lui disparaît un de nos plus célèbres hygiénistes.

Nous apprenons avec le plus grand regret la mort d'un de nos jeunes membres du corps enseignant, M. Charles Meunier, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, qui vient d'être enlevé, à 25 ans, à l'affection des siens et à la sympathie de ses collègues. Sorti le second de sa promotion, il avait été diplômé et lauréat de l'Ecole en 1890 et avait obtenu une médaille d'argent.

Préparateur d'histoire naturelle en 1890, il avait été nommé démonstrateur de dentisterie opératoire en 1891, fonction qu'il occupait encore à l'Ecole quand la mort est venue le frapper.

C'était un de nos jeunes travailleurs, sur lequel nous étions en droit de fonder de légitimes espérances. Il s'intéressait à son art et nous n'oublierons pas la part active qu'il prit au mouvement professionnel suscité par le vote de la loi de 1892.

A ses débuts dans la profession il avait été notre élève et nous en avions gardé le meilleur souvenir. Aussi prenons-nous vivement part à la douleur de sa famille à laquelle nous adressons, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, nos bien sincères compliments de condoléances.

M. R.

NOUVELLES.

Une Ecole dentaire a été ouverte à Zurich le 14 octobre 1895 et elle a donné de bons résultats pour sa première année de fonctionnement.

Le nombre des licenciés en chirurgie dentaire en Angleterre s'élève cette année à 1.425, soit 28 0/0 du nombre des dentistes. 183 ont des titres médicaux et chirurgicaux. 3.452 pratiquent sans diplôme dentaire et 31 autres possèdent un titre chirurgical.

Le Congrès dentaire national hongrois a eu lieu à Budapest les 28, 29 et 30 août.

Le 68e Congrès des naturalistes et médecins allemands a eu lieu du 21 au 26 septembre à Francfort-sur-le-Main. La 22e section était consacrée à la dentisterie.

De nombreuses communications ont été faites par MM. Witzel, Herbst, Billeter, Hamecher, Richter, etc.

Dans une assemblée des mécaniciens-dentistes tenue à Budapest, l'ordre du jour suivant, qui sera soumis par la suite à un Congrès de ces praticiens, a été adopté :

1° Nécessité de donner au grand public une meilleure opinion des capacités des mécaniciens-dentistes par des conférences spéciales.

2° Fondation d'une école hongroise pour former des mécaniciens-dentistes, afin que ceux-ci n'aient pas besoin d'aller à l'étranger.

3° Réglementation de la profession. Obligation pour les médecins et médecins-dentistes qui pratiquent la prothèse de passer par cette école comme c'est le cas en Allemagne, en France (?), en Angleterre et en Amérique.

Le numéro de septembre de l'*Odontoskop*, publié à Budapest, contient sur Paul Dubois un article nécrologique élogieux dont nous remercions bien vivement notre confère hongrois.

Le numéro de mai de *La Odontologia*, de Cadix, dont nous n'avons pris connaissance que récemment, a consacré un bel article nécrologique à P. Dubois dont elle retrace la carrière et le caractère dans des termes empreints d'une grande vérité et qui témoignent d'une profonde sympathie pour notre ancien Directeur.

Nous prions notre confrère, ainsi que son directeur, M. Florestan Aguilar, d'agréer pour cette bonne marque de confraternité nos bien sincères remercîments et l'expression de notre vive reconnaissance.

Une Société odontologique a été fondée à Cadix (Espagne) ; elle est présidée par M. Ramon Barclé et a pour secrétaire M. Aguilar.

Cette Société a pour but l'étude théorique et pratique des sciences que cultivent ses membres et la défense de leurs intérêts professionnels.

Elle comprend des membres titulaires, correspondants et honoraires.

Elle tient des réunions scientifiques tous les 15 jours.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

SERVICE DU DISPENSAIRE

PENDANT LES MOIS DE MARS, AVRIL, MAI ET JUIN 1896

Inscriptions : malades nouveaux	2.867 [1]
Consultations : malades en traitement	8.603
TOTAL	11.470

1° CLINIQUES

Consultations sans traitement	484	2.867
Extractions	1.269	
Clinique d'anesthésie	39	
— de prothèse	37	
Malades passés dans le service de la Dentisterie opératoire	1.038	

2° DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Pansements et traitements		5.294	7.925
Obturations. Gutta-percha et ciments	1.826	2.422	
Obturations. Amalgames	447		
Obturations. Aurifications	127		
Obturations. Etain	22		
Nettoyages		209	

3° PROTHÈSE PRATIQUE

Appareils	10	37
Dents à pivot	6	
Redressements	21	

Malades ayant interrompu leur traitement	641
TOTAL ÉGAL	11.470

Dans le compte rendu très sommaire du Congrès de Nancy que nous avons publié dans notre dernier numéro, nous avons omis

1. Dont 63 militaires.

bien involontairement le nom de notre confrère et ami M. Loup, rapporteur de la question sur la greffe dentaire. Nous exprimons à M. Loup nos regrets de cet oubli, au-devant duquel nous étions allé d'ailleurs en nous excusant par avance auprès des confrères dont nous ne citions pas les noms.

J. Choquet.

AVIS

Une séance du Conseil d'administration du *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, A LAQUELLE TOUS LES MEMBRES DU SYNDICAT POURRONT ASSISTER, aura lieu le mercredi 14 octobre, à 9 heures du soir, chez M. de Marion, 21, rue Tronchet.

Un concours pour la nomination d'un chef de clinique de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le dimanche 15 novembre prochain. Le registre des inscriptions est ouvert dès à présent.

ERRATUM

Une erreur typographique nous a fait dire dans le numéro de juin, page 364, que M. le *Dr Daniol* préconisait le savon comme un des meilleurs antiseptiques de la bouche. C'est M. le *Dr Laniol* qu'il faut lire. M. Laniol est un des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

A VENDRE 15.000 DENTS simples et à gencives provenant de la succession de P. Dubois. S'adresser au bureau du Journal.

ON DEMANDE un assistant connaissant le cabinet et l'atelier. Sérieuses références exigées. S'adresser à M. Cordelier, dentiste, quai Jules Ferry, Epinal. (30)

A CÉDER tout de suite, dans de très BONNES CONDITIONS, un cabinet ayant 18 ans d'existence. S'adresser à M. Auguste Franz, dentiste à Bône (Algérie). (32)

A CÉDER pour cause de santé et de départ à l'étranger, un cabinet dentaire. Situation excellente. On céderait aussi tout l'outillage, meubles, etc., à des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser à M. Fayod, rue d'Alésia, 91, Paris. (29)

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme Vve Belleville, 11, cité Trévise. (24)

Mlle MERLANCHON, ancien secrétaire de M. P. Dubois, se charge des travaux d'écritures, de comptabilité, *copies de manuscrits à la machine à écrire*, etc. S'adresser au bureau du journal. (26)

LE Dr MILLARD, spécialiste-dentiste américain (Faculté de Maryland), sucr de M. Leroux, établi à Rennes (Ille-et-Vilaine) depuis vingt ans, cherche acquéreur pour tout ou moitié de son cabinet. Chiffre d'affaires 20,000 fr. Prix à débattre. (27)

A VENDRE pour 200 francs un fauteuil *neuf* de Wirth, modèle clinique, avec crachoir nickelé et son support, le tout d'une valeur de 300 fr. S'adresser aux initiales C. D. au Secrétariat de l'Ecole dentaire, 4, rue Turgot. (28)

A CÉDER pour cause de santé un cabinet important dans une grande ville de l'Espagne. S'adresser pour renseignements à M. G. Viau, boulevard Haussmann, 47. (33)

CHIRURGIEN-DENTISTE diplômé de la Faculté de médecine de Paris, 30 ans, 1res références, ayant grande pratique du cabinet, désire place d'opérateur à Paris. — Ecrire : X. 25, au bureau du journal. (34)

ON DEMANDE pour un cabinet de dentiste, dans une des plus importantes villes de l'Espagne, un bon opérateur ayant étudié à l'Ecole Dentaire de Paris. Très beaux appointements et participation dans les bénéfices. S'adresser pour tous renseignements à M. Salvador Lopez, rue Cadet, 9, Paris. (35)

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Dr ROY, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix

L'enseignement, divisé en deux parties, l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**, est réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où une place est réservée à chaque élève.

Par suite de l'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions réglementaires exigées par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, fixant les conditions d'études de l'art dentaire, cette institution est devenue une **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves mécaniciens-dentistes désirant obtenir le brevet spécial qu'elle décerne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Président-Directeur.

G. Viau, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Bonnard, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean
Jeay.
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, Président-Directeur.
P. Poinsot, —

A. Aubeau. — **P. Chrétien**. — **Debray**. — **Dugit père**. — **A. Dugit**. — **F. Gardenat**. — **Dr Kuhn**. — **E. Pillette**. — **A. Ronnet**. — **Wiesner**.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Ed. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pinet, I, Dr en médecine.
P. Poinsot, chirurgien-dentiste.
Richard-Chauvin, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard (O. I.), chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), DEVOUCOUX, FANTON-TOUVET (Ed.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, BILLET, CECCONI, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, FRESNEL — D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF, JACOWSKI, JEAY, MAHE, MARTIN, PAULME, STEVENIN — D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1896

BUREAU

E. PAPOT ⓞ, *président.*

MM. LEGRET, *vice-président.*
RICHER, *vice-président.*
CHOQUET, *secrétaire-adjoint.*

MM. Dr M. ROY, *secrétaire général.*
ROLLIN Q, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS.

MM. BILLET, CLASER, D'ARGENT, DEVOUCOUX, GODON ✿, Francis JEAN Q, LEMERLE ✿, LÖWENTHAL, MARTINIER, PRÉVEL, VIAU, Q.

PROVINCE.

Nord-Est.

MM. AUDY (Senlis), CHOUVILLE (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr GUILLOT (Lyon), SCHWARTZ (Nîmes).

Nord-Ouest.

MM. COIGNARD (Nantes), RICHER (Vernon).

Sud-Ouest.

MM. DOUZILLÉ (Agen), TORRES (Bordeaux).

COMITÉ SYNDICAL

MM. CLASER, *président*, ROLLIN, *secrétaire*, BILLET, DEVOUCOUX, PAPOT.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. CLASER, *président*, ROLLIN, *secrétaire-trésorier*, D'ARGENT, BILLET, DEVOUCOUX.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. LECAUDEY Em. ✻ ✿. | M. POINSOT Q.

MEMBRES HONORAIRES

MM. AUBEAU (Dr), Q, BERTHAUX, CHRÉTIEN, DEBRAY père, DUGIT père, DUGIT (A), GARDENAT, PILLETTE, WIESNER, ✻, Q.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements s'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1896

MM. MARTINIER, *président.*
PAPOT, *vice-président.*
Dr ROY, *vice-président.*

MM. D'ARGENT, *secrétaire général.*
JEAY, *secrétaire des séances.*
LOUP, *secrétaire des séances.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES

MM. LECAUDEY et POINSOT.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Tous les médecins, dentistes, mécaniciens dentistes, fournisseurs pour dentistes, ainsi que les personnes étrangères à la profession, sont admis *membres titulaires élus* de la Société après un travail présenté et accepté intéressant l'odontologie (art et science dentaire).

Adresser les demandes d'admission, avec le travail en question, au secrétaire général, 4, rue Turgot.

16e ANNÉE. No 10. OCTOBRE 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DENTAIRE.

HÔPITAL BROUSSAIS. — M. LE Dr MAURICE ROY.

NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Vous reconnaissez sans doute la malade qui est en ce moment devant vous ; elle est déjà venue à notre consultation jeudi dernier. Elle nous était adressée d'un service de médecine de cet hôpital où elle avait été admise un mois auparavant pour des vertiges, des pertes de connaissance et, du côté de la bouche, pour des désordres particuliers caractérisés par une très grande mobilité des dents antérieures de la mâchoire inférieure, mobilité accompagnée d'une suppuration extrêmement abondante.

Cette malade, qui est âgée de 47 ans et qui est cuisinière de son état, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels elle a eu la scarlatine et la rougeole dans son enfance; elle a eu deux enfants qu'elle a perdus, l'un à six ans, l'autre à quatre ans; elle a eu une pleurésie en 1880 ; elle a été soignée à Necker pour du rhumatisme articulaire aigu, paraît-il, et on lui aurait donné à ce moment de l'iodure de potassium ; de même en 1895 à Andral, où elle était entrée pour des douleurs dans le genou droit. Enfin elle a été soignée dernièrement dans une clinique pour son affection buccale.

Elle ne présente rien de particulier au poumon et au cœur. On remarque sur la jambe gauche des cicatrices, traces de gommes probables; ces cicatrices remontent à sept ans.

En mars dernier cette malade a eu des maux de gorge, un abcès dans l'oreille, elle a perdu ses cheveux depuis deux ans, et elle se plaint depuis longtemps d'une céphalée frontale assez intense, surtout marquée la nuit.

Enfin elle a des étourdissements, des vertiges et, trois ou quatre fois, elle est tombée dans la rue sans connaissance.

Du côté de la bouche, voici ce que nous avons pu constater jeudi dernier. Dès qu'on écartait la lèvre inférieure, on voyait les dents inférieures baignant dans le pus qui remplissait le sillon gingivo-labial et que la moindre pression faisait sourdre en abondance par

le collet des dents antérieures. L'haleine avait une odeur fétide épouvantable.

Les dents, de l'incisive médiane gauche à la première grosse molaire du même côté, étaient très mobiles, et non seulement les dents étaient mobiles, mais aussi le bord alvéolaire qui les supportait; toutes ces dents sont exemptes de carie et très sensibles à la pression.

Les accidents buccaux avaient débuté, trois semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital, par une tuméfaction considérable du menton et de toute la région avoisinante. Depuis la malade ne pouvait plus prendre d'aliments solides.

En résumé on était en présence d'une nécrose assez étendue du maxillaire inférieur.

De quelle nature était cette nécrose?

En raison des antécédents, des cicatrices de la jambe gauche (traces de gommes vraisemblablement), de la céphalée à caractère nocturne et des traitements suivis antérieurement, on était amené à penser à la syphilis, qui permettait d'expliquer à la fois les accidents buccaux et les accidents cérébraux, vertiges et pertes de connaissance de la malade. Il ne s'agissait en somme que d'une localisation différente d'un même processus.

La malade fut donc soumise à un traitement à l'iodure de potassium à haute dose, mais sans que ce traitement amenât aucune amélioration dans son état. C'est dans ces conditions que cette malade me fut adressée.

Après l'avoir examinée, j'en arrivai bientôt à exclure complètement la syphilis comme cause de la nécrose qu'elle présentait, et cela pour deux raisons principales : la rareté des gommes syphilitiques à la mâchoire inférieure et l'apparence particulière des parties malades.

En effet, vous savez que, si les gommes syphilitiques sont fréquentes dans la bouche, elles siègent le plus souvent à la mâchoire supérieure, au voile du palais ou à la langue et très rarement à la mâchoire inférieure. C'était déjà une raison de se montrer réservé quant au diagnostic syphilis, réserve confirmée d'ailleurs par l'inspection de la région malade, qui ne présentait pas du tout l'aspect si caractéristique des gommes en voie de ramollissement : on ne voyait pas d'ulcérations à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, avec un fond couleur chair de morue, intérieur de marron d'Inde.

La muqueuse avait une coloration presque normale, elle était décollée en avant et en arrière et le pus se faisait jour par le collet des dents et quelques petits trajets fistuleux, mais il n'y avait pas à la superficie d'ulcération par laquelle la suppuration se fît jour comme par un cratère, ainsi que cela se passe pour les gommes arrivées à la période de ramollissement. Enfin, s'il y avait eu un doute, l'échec du traitement spécifique l'aurait levé.

Pour ces diverses raisons je vous ai dit jeudi dernier qu'il ne s'agissait que d'une simple nécrose consécutive à une ostéo-périostite du maxillaire, ostéo-périostite dont le point de départ était sans doute une infection d'origine dentaire.

Toutes les dents de cette région étaient exemptes de caries, comme vous pouvez le voir par les pièces que vous avez sous les yeux ; mais, examinée par transparence, l'incisive latérale gauche était un peu moins transparente que les autres et un peu noirâtre. La pulpe de cette dent était donc probablement gangrénée et elle devait être la cause initiale de tous ces accidents. L'infection pulpaire avait déterminé l'inflammation de la membrane périradiculaire, inflammation qui avait gagné le maxillaire lui-même et déterminé la nécrose de toute la portion alvéolaire s'étendant de l'incisive centrale droite à la première grosse molaire.

Le traitement était assez simple en somme : j'enlevai l'incisive latérale gauche, dont la pulpe était bien mortifiée, comme je l'avais diagnostiqué, et j'enlevai aussi l'incisive centrale gauche, la canine et les deux prémolaires du même côté ; le bord alvéolaire qui supportait ces dents étant nécrosé et mobile, leur consolidation était impossible et leur extraction s'imposait pour permettre de retirer les séquestres que je vous présente ici avec les dents enlevées.

De l'extraction de ces dents et de ces séquestres il résulta une excavation assez étendue dans laquelle je fis de grands lavages à l'eau phéniquée, lavages que la malade a continués depuis huit jours, et vous voyez le résultat aujourd'hui.

La plaie est en grande partie cicatrisée, les bords se recollent et il n'y a plus de suppuration, alors qu'il y a huit jours celle-ci était d'une abondance extrême. Le stylet s'enfonce encore à une assez grande profondeur, mais, sauf ce dernier petit séquestre que je viens d'enlever, il ne rencontre plus de fragments mobiles ni de surface osseuse dénudée. En résumé la bouche est dans un état excellent si on le compare à celui dans lequel elle était il y a huit jours. L'exactitude de mon diagnostic est justifiée, vous le voyez, par l'évolution de la maladie à la suite de l'opération que j'ai pratiquée jeudi.

La malade va continuer ses lavages antiseptiques et la cicatrisation va s'achever dans les meilleures conditions possibles.

C'est là, en somme, une complication assez fréquente, à des degrés divers toutefois, de la périodontite des dents inférieures, car si, comme je vous l'ai dit, la nécrose d'origine syphilitique est très rare au maxillaire inférieur, la nécrose non syphilitique des maxillaires, elle, au contraire, est bien plus fréquente au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur, particularité qu'on a cherché à expliquer par la texture plus compacte de cet os, ou, comme le pense M. Guyon, par la facilité avec laquelle le périoste de cet os, se laisse décoller.

La stagnation du pus dans l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur ne doit pas non plus être étrangère à cette prédilection de la nécrose pour cet os. Comme vous le savez, à la mâchoire supérieure, le pus, en raison des lois de la pesanteur, vient se collecter du côté de la muqueuse où son évacuation, qu'elle soit spontanée ou non, se fait beaucoup mieux qu'à la mâchoire inférieure où il a tendance à se collecter à la partie inférieure, amenant même parfois la formation de fistules cutanées.

Une question intéressante à élucider dans le cas qui nous occupe serait la recherche de la cause première de tous ces accidents, autrement dit la cause de la mortification de la pulpe de cette incisive.

La malade ne se souvient d'aucun traumatisme de cette région. La raison n'est évidemment pas péremptoire, ce traumatisme pouvant être fort éloigné et oublié par la malade, ainsi que nous l'avons montré dans un cas analogue [1]; mais pour cette malade la question peut se compliquer un peu, car, sans chercher même du côté de la syphilis, qu'elle a probablement eue, nous sommes en présence d'une femme avec une tare nerveuse indéniable, qui présente des zones hystérogènes, une grande émotivité, qui a les pleurs et le rire faciles, toutes choses capables d'expliquer les étourdissements, les vertiges et les pertes de connaissance dont elle se plaint, d'autant que ces pertes de connaissance affectent tout à fait le caractère des attaques hystériques.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une hystérique. Or, vous savez que la fréquence des mortifications de la pulpe dans les affections névropathiques a été signalée par M. Poinsot [2], et, depuis, M. Joseph [3] est encore revenu sur ce sujet, apportant de nouveaux faits à l'appui. On ne doit évidemment accepter cette étiologie qu'avec la plus grande réserve, mais enfin il ne serait pas impossible qu'ici nous fussions en présence d'un cas semblable et que le point de départ de tous ces accidents eût été ce que M. Mendel Joseph a appelé la gangrène névropathique de la pulpe de l'incisive latérale inférieure gauche.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

Par M. E. Lecaudey,

Directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès de Nancy.*)

Mon intention, en vous présentant un travail sur l'ostéo-périostite, n'est pas, comme vous pourriez le croire, d'étudier à fond cette sorte de maladie, ainsi que le ou les traitements qu'on doit employer en pareil cas.

Le but que je me propose est beaucoup plus modeste : ma communication se bornera simplement à vous soumettre le résultat de quelques observations que j'ai été à même de faire au cours de ma carrière, observations qui me confirment de plus en plus dans l'idée que la maladie que nous désignons sous le nom d'ostéo-périostite embrasse un grand nombre d'affections absolument différentes les unes des autres, mais ayant cependant toutes pour résultat final la chute de l'organe sur lequel cette affection se localise.

1. Roy, *Odontologie*, 1895, t. XV, p. 212.
2. Poinsot, *Odontologie*.
3. Joseph, *Odontologie*.

Je ne vous citerai pas de nombreux cas, non plus que de nombreux traitements, mais je chercherai à établir, d'après les observations que j'ai recueillies, une sorte de classification aussi nette et aussi brève qu'il est possible des différentes sortes d'ostéo-périostite.

Il règne une très grande confusion au sujet de cette maladie et, si vous voulez bien me permettre une comparaison, il se produit pour celle-ci ce qui s'était produit, il y a vingt-cinq ou trente ans, pour la carie dentaire, alors que, la théorie chimico-parasitaire commençant à prendre naissance, on attribuait cette dernière à la pullulation dans les canalicules de la dentine d'un micro-organisme que l'on qualifiait à tort du nom générique de *leptothrix*.

Le leptothrix seul était la cause de la carie, et sous ce nom on désignait tout aussi bien des espèces microbiennes filamenteuses que micrococciques. L'étiologie de la carie dentaire est encore bien peu connue, il est vrai ; cependant on a pu se rendre compte que ce micro-organisme ne possède qu'une action tout à fait secondaire. Eh bien, il en est absolument de même pour le sujet qui nous intéresse. On désigne à tort sous le nom d'ostéo-périostite ou plutôt sous le nom d'arthrite alvéolaire toute une série de maladies des gencives, des alvéoles et du périoste alvéolo-dentaire, maladies qui diffèrent absolument les unes des autres, tant au point de vue de l'étiologie qu'au point de vue des processus et des désordres anatomo-pathologiques.

Et tout d'abord, qu'est-ce que l'arthrite alvéolaire?

C'est une dégénérescence atrophique du périoste, entraînant la chute des dents, et combien sont nombreuses les dénominations qu'on a données à cet état !

C'est la maladie de Fauchard qui, le premier, l'a signalée, puis la gingivite expulsive de Marchal de Calvi, la suppuration conjointe des alvéoles et des gencives de Jourdain, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire de Magitot, la gingivite arthro-dentaire infectieuse de Galippe, la périodontite expulsive d'Andrieu, de Malassez, la pyorrhée alvéolaire ou maladie de Riggs, nom que lui donnent les Américains.

Vous voyez quelle confusion règne au sujet de cette affection ! Et cependant, en réfléchissant bien, si la variété des dénominations est aussi nombreuse, cela tient à ce que certainement les auteurs dont je viens de vous citer les noms s'étaient basés sur des observations toutes différentes les unes des autres. Ils avaient étudié aussi à fond qu'il est possible les phénomènes produits, et soutenaient avec juste raison que ce qu'ils décrivaient était le résultat de leurs observations. Malgré cela, ils ne faisaient pas de différence entre les différents cas observés et les traitaient tous de la même façon.

A mon avis, voilà pourquoi la question est encore aussi obscure. Si l'on pouvait savoir exactement à quelle époque une dent qui doit être atteinte d'arthrite alvéolaire verra se produire les prodromes de l'affection, on pourrait alors facilement en donner une bonne définition.

Malheureusement ils sont rares, très rares même, les cas où nous pouvons suivre dès le début la série des phénomènes destructifs et,

la plupart du temps, lorsqu'un malade vient nous consulter pour une ou plusieurs dents ébranlées, gênant la mastication, le mal a déjà fait de grands progrès et nous ne pouvons nous rendre compte que des symptômes de la période d'état.

L'étiologie de l'arthrite alvéolaire est difficile à faire et les causes que l'on a invoquées à cet égard sont nombreuses. En tous cas il n'y a pas moyen de confondre, cliniquement parlant, l'ostéo-périostite ou arthrite alvéolaire avec la périostite résultant de l'inflammation, de la congestion du ligament. Dans le premier cas, les désordres anatomo-pathologiques vont du collet de la dent à l'apex de la racine, tandis que c'est l'opposé dans le second cas. Les différents et nombreux auteurs qui se sont occupés de l'étiologie de l'arthrite alvéolaire font rentrer en ligne de compte aussi bien des causes exclusivement locales, telles que le tartre, les traumatismes, etc., que des causes générales comme le diabète ou l'arthritisme. Pour moi, l'une et l'autre de ces causes ont une action très marquée, mais j'attire cependant tout particulièrement votre attention sur les causes générales qui, à mon avis, ont une action beaucoup plus grande que les premières.

Je ne veux pas entrer dans la description des troubles généraux qui peuvent se produire au cours de l'arthritisme, ou du diabète : cela sortirait du cadre que je me suis tracé ; je parlerai seulement des altérations anatomo-pathologiques du périoste. Comme je vous le disais plus haut, l'arthrite alvéolaire est une dégénérescence atrophique du périoste dentaire entraînant la chute de l'organe. Cette destruction du périoste, suivant les cas, sera ou complète ou partielle ; cependant il y a une petite remarque à faire, c'est que l'affection sera toujours localisée aux dents elles-mêmes et ne s'attaquera jamais au maxillaire, sinon par complications. Vous avez vu, comme moi, des cas de fistules gingivales survenues à la suite d'une poussée intense d'arthrite alvéolaire. De même, vous avez dû remarquer comme moi que les dents qui en sont atteintes et qui, très souvent, sont presque indolores, viennent tout à coup, sans cause apparente et sans raison, occasionner des douleurs atroces au malade. Suivant les cas, on se trouvera en présence, une fois l'extraction faite, soit de dents dont la racine ne présentera plus trace de périoste, soit au contraire de dents présentant encore quelques traces de ligament, mais d'un ligament translucide par suite du contact perpétuel avec le pus.

Vous avez remarqué combien de sang laisse écouler, après l'extraction, l'alvéole d'une dent atteinte d'arthrite alvéolaire. Je suis persuadé que cette simili-hémorrhagie n'a pas d'autre cause que les déchirures occasionnées et l'inflammation datant depuis longtemps. Vous avez aussi certainement remarqué la difficulté qu'on éprouve pour extraire des dents très chancelantes et qu'il semblerait qu'on peut enlever avec les doigts. Je ne peux mieux comparer cette difficulté de l'extraction qu'à celle qui se produit lorsque, sur un crâne desséché où toutes les dents remuent, nous voulons enlever une de ces dernières.

Passant au sujet même de cette communication, il existe, à mon avis, aujourd'hui plusieurs sortes d'arthrite alvéolaire très variables quant aux altérations produites ou à la rapidité des accidents. Parmi ces formes il en est trois que je me suis appliqué à étudier ; ces trois formes sont absolument caractéristiques et parfaitement distinctes les unes des autres.

La première présente comme caractère distinctif une rougeur de la gencive très accentuée ; quelquefois même, il y a de la tuméfaction ; plus que dans les deux cas qui vont suivre, la languette de gencive, existant à la partie antérieure entre les dents, a disparu et est remplacée par une sorte de concavité en forme de cupule ; du pus jaune ou verdâtre vient suinter au collet de la dent. La dent s'ébranle plus ou moins, au fur et à mesure qu'elle se déchausse, et, au bout d'un temps assez long (deux, trois, cinq, même dix ans), en règle générale cette dent tombe d'elle-même ou est enlevée par suite de la gêne qu'elle occasionne pour la mastication. Dans ce cas, on trouve la racine complètement privée de périoste, mais *il n'y a pas de tartre*. L'alvéole n'est pas résorbé comme dans les cas qui vont suivre et l'on peut s'en rendre compte au bout de cinq ou six mois par le peu de dépression de la gencive existant à la suite de la cicatrisation.

La deuxième forme est caractérisée par la présence d'un tartre noir, verdâtre, excessivement dur, que l'on a beaucoup de difficulté à enlever même avec les écailloirs. Ce tartre est localisé sur tout le pourtour de la racine jusqu'à l'extrémité apicale. Comme phénomène particulier, je dois noter en premier lieu la marche qui est excessivement rapide, on pourrait même dire foudroyante. J'ai été à même d'observer deux cas dans lesquels, en six mois de temps, la dent atteinte a dû être extraite. Comme phénomènes objectifs il y a peu de rougeur au collet de la dent ; la gencive n'est pas congestionnée, mais la languette que nous signalons à l'état normal n'existe pas non plus. *Il y a très peu de pus*, c'est plutôt une sorte de mucilage qui s'écoule par la pression sur la gencive. L'alvéole subit une résorption très nette et très accentuée.

La troisième forme présente une marche lente, différente des précédentes *en ce qu'il n'y a ni tartre ni pus*, et que malgré cela l'alvéole se trouve résorbé. En pressant sur la gencive il sort une espèce de sanie gluante qui dure pendant tout le temps de la maladie. La gencive est un peu congestionnée. A l'examen de la racine de la dent, il n'y a plus trace de périoste et l'apex semble translucide. Telles sont les espèces que j'ai été le plus souvent à même d'examiner. Quant au traitement, on a employé les incisions, les pointes de feu, les acides chromique et sulfurique, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, etc. Pour moi, j'ai souvent de bons résultats avec le chlorure de zinc au 1/100 ou au 2/100 employé en injections dans les culs-de-sac. Mais la condition *sine quâ non* pour obtenir la guérison ou simplement une amélioration est que, dans les cas où il y a formation de tartre sur la racine, celui-ci soit enlevé d'une façon parfaite. Avec un peu d'habitude, et des instruments appro-

priés, il est facile de sentir, même dans les cas graves où la dent est presque complètement déchaussée, des parcelles de tartre infinitésimales. Une fois le nettoyage fait consciencieusement, on procède aux injections de chlorure de zinc à la dose que je vous ai indiquée tout à l'heure et en répétant la même opération tous les jours ou tous les deux jours pendant la période qu'on juge nécessaire et suivant les résultats obtenus. Il y a bien un traitement que j'ai employé deux fois au cours de ma carrière, mais je doute fort que vous l'employiez dans la pratique. Je m'empresse d'ajouter que ce traitement, radical dans toute l'acception du mot, a été suivi d'un succès complet dans les deux cas. Pourquoi l'ai-je tenté ? Je serais fort embarrassé de le dire. Toujours est-il que chez deux malades différentes, ayant l'une la grande incisive supérieure gauche, l'autre la prémolaire supérieure droite atteintes d'ostéo-périostite accompagnée de suppuration très nette et d'ébranlement, je me suis contenté de prendre un davier approprié et non pas, comme vous pourriez le croire, d'extraire la dent, mais au contraire de l'enfoncer à force dans l'alvéole. Il est sorti passablement de pus sur le moment, la malade a eu une légère douleur ; mais, dans ces deux cas, la prémolaire est restée en place et presque aussi solide que ses voisines depuis douze ans, et l'autre, la grande incisive, se trouve dans les mêmes conditions que la dent précédente depuis huit ans. Explique qui pourra un semblable résultat.

Je m'arrête ici, ne voulant pas abuser de vos instants. Les quelques notes que je viens de vous communiquer ne concordent peut-être pas avec vos idées à vous. Je vous les présente cependant en vous demandant de vouloir bien les prendre en considération. Elles proviennent d'un vieux praticien qui a beaucoup vu au cours de sa longue carrière et à qui son expérience permet de formuler les conclusions suivantes : il existe, sous le nom général d'ostéo-périostite, plusieurs sortes d'affections absolument différentes tant au point de vue de l'étiologie qu'au point de vue des altérations anatomo-pathologiques et du traitement à employer. Je suis persuadé que tant qu'on ne prendra pas séparément, pour l'étudier à fond, tel ou tel cas d'ostéo-périostite, on naviguera dans l'inconnu et que d'ici quelques années, peut-être même au Congrès international de 1900, quelques-uns d'entre vous nous présenteront un travail complet sur une des formes que je viens de vous décrire, et je serai heureux ce jour-là, car alors je verrai que les notes présentées au Congrès de Nancy de 1896 auront été de quelque utilité à la profession.

DE L'OCCLUSION DES CANAUX RADICULAIRES DES DENTS AU MOYEN DE TIGES MÉTALLIQUES.

Par M. R. Heïdé,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès de Nancy.*)

C'est trop présumer de la portée de ma communication que de

venir, au milieu des intéressants sujets mis à l'ordre du jour et développés et traités si savamment, vous demander un moment d'attention pour me suivre sur un terrain déjà bien battu et dont les annales odontologiques abondent en contributions de toutes sortes. On a traité de l'occlusion des canaux radiculaires dans toutes les sociétés dentaires et sans avoir déterminé jusqu'à présent un moyen d'opérer garantissant le succès de l'opération.

Je n'ai pas la prétention de vouloir résoudre cette question difficile ; je serai heureux si je réussis seulement à fournir, par l'exposé de mon procédé, un élément capable d'apporter un nouvel éclaircissement sur ce chapitre tant discuté et sans résultat définitif. Je serai d'autant plus bref sur les méthodes connues que je tiens à attirer plus particulièrement votre attention sur le mode d'occlusion des canaux radiculaires que je vais avoir l'honneur de vous démontrer.

Il n'y a guère qu'une cinquantaine d'années que les praticiens comprirent toute l'importance du soin à apporter dans le nettoyage minutieux des canaux et dans leur obturation.

A cette époque ils n'avaient point à leur disposition, pour ce nettoyage, l'armée journellement croissante des antiseptiques. L'antisepsie moderne ou chimique leur était inconnue; mais ils assuraient, à l'aide de moyens mécaniques et thermiques, un état d'asepsie des cavités très suffisant dans certains cas et dont souvent encore aujourd'hui nous sommes tributaires.

Pour l'obturation, ils imaginèrent d'assurer l'occlusion hermétique par l'introduction de fils métalliques dans les canaux, et c'est à cette idée ingénieuse que nous devons la longue liste de procédés d'obturation que vous connaissez.

Les tiges d'or et de plomb, les tiges d'aluminium de notre regretté collègue Dubois, les tiges en spirale de M. Godon qui servent à transporter les médicaments dans les canaux aussi bien qu'à les obturer, l'aurification, le coton imprégné ou non de médicaments, le bois, la soie, la paraffine, la gutta seule ou associée à des antiseptiques, l'iodoforme, le naphtol, le charbon avec lequel M. Gillard obtint d'excellents résultats, le coton charbonné du Dr Forberg de Stockholm, ainsi que les ciments portés sur des mèches de coton, devinrent autant de moyens d'occlusion des canaux.

Après cette longue énumération vous me permettrez d'appeler votre attention d'une façon plus particulière sur le procédé de Storer Haw, dont la communication sur les bribes ou petits cylindres d'étain est pleine d'intérêt. Il foule vigoureusement les bribes de manière à ce qu'il en résulte un cylindre unique de la grosseur du canal et d'une longueur de 1 mm. ou de 1 mm. 1/2 et il le fait arriver jusqu'à l'apex à l'aide de fouloirs appropriés.

La multiplicité des procédés vous prouve combien le nettoyage et l'obturation du canal, les deux points de l'opération qui nous intéresse, ont été l'objet de recherches incessantes et la source d'une attention soutenue de la part des auteurs qui se sont occupés de la

question. Mais aussi que de doctrines offrant matière à discussion ! Telle, par exemple, celle du Dr Cravens qui se trouve exposée dans une communication lue au neuvième Congrès médical international de Washington[1] et qui souleva un orage d'indignation parmi les membres les plus connus de notre profession.

La méthode du Dr Cravens s'appliquait indistinctement à toutes les dents sans pulpe et son succès infaillible était dû à la manière d'opérer suivante :

1° Nettoyage du canal sans l'intervention d'un agent antiseptique médicamenteux ;

2° Obturation immédiate des canaux.

Dans les caries à pulpe saine et fraîchement détruite par l'action d'un coagulant ou d'un caustique, l'infection n'existant pas à proprement parler, l'antisepsie mécanique et thermique est d'un effet suffisant. Mais, dans les caries compliquées, où il y a, non seulement infection dans le canal, mais encore infiltration globulaire et microbienne dans la dentine radiculaire, la réussite est fort douteuse, et par cela même le procédé est condamnable pour une obturation immédiate.

Ici pardonnez-moi une courte digression.

Nous sommes souvent portés à confondre l'occlusion intempestive des canaux que font certains praticiens en considération du peu de temps qu'ils ont à consacrer à l'opération ou de la chance sur laquelle ils se fient pour couper court à d'ennuyeuses séances, avec l'obturation immédiate raisonnée, que la thérapeutique consacre et qui a produit les heureux résultats dont font foi les statistiques comparatives des différentes méthodes,

A l'appui de ceci laissez-moi vous exposer un court tableau d'une statistique dressée par M. Cunningham, de Cambridge, et que voici :

Pourcentages obtenus par la méthode des pansements et celle de l'obturation immédiate après nettoyage des canaux à l'aide d'antiseptiques et obturation à l'oxychlorure de zinc :

	Cas.	Pourcentages.
Après pansements	122	100
Obturation immédiate	512	100

Cas ayant exigé un traitement postérieur :

I. Pour légère périostite	P 36	29,5
	I 3	1,15
II. Pour fluxion ou abcès	P 32	26,2
	I 5	0,27
III. Cas ayant exigé l'extraction	P 6	4,91
	I 3	0,58

1. *Dental Cosmos*, mars 1892.

Cas dans lesquels l'obturation immédiate de la couronne a suivi celle du canal :

{	P 12	5,25
{	I 61	40,26

Afin d'obtenir un pourcentage de succès équivalent à celui qui nous est donné par M. Cunningham, trois conditions sont indispensables :

1° Un patient sain, d'une vitalité active et dépourvu de diathèse ;

2° L'emploi d'antiseptiques ;

3° Un agent d'occlusion bien approprié.

La première de ces conditions ne réclamant pas ici une plus ample démonstration, je ne m'y arrêterai pas.

J'aborde la deuxième, qui est le premier point du mode opératoire dont j'ai tenu à vous entretenir dans cette réunion.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un canal dont la plupe a été détruite par l'acide arsénieux, c'est-à-dire d'une pulpe relativement saine, ou lorsque au contraire la pulpe est dans un état de décomposition avancé, accompagné d'un kyste radiculaire, ou que nous reconnaissons l'existence d'une ou plusieurs fistules, le premier soin est d'élargir la cavité coronaire, de façon à permettre un libre accès dans la chambre pulpaire et d'ouvrir ensuite les canaux aussi largement qu'il est possible.

Je procède pour cette opération de la façon suivante :

Je fais deux ou trois tours d'une fraise de Gates dans le canal, puis j'y injecte fortement une solution antiseptique, de façon à entraîner hors du canal les rognures et les débris qui s'y trouvent ; je recommence à fraiser et à nettoyer avec la même solution antiseptique jusqu'à ce que je sois arrivé à l'apex ou à une très faible distance de ce dernier dans le cas où il se présenterait une anomalie de direction de la racine. Le canal ainsi fraisé et nettoyé est débarrassé de toute la *surface* infiltrée et infectée. Une réinfection ultérieure par le canal n'est donc plus possible.

L'emploi et l'action des antiseptiques nécessaires ici se résume par ce procédé à peu de chose.

J'arrive maintenant à mon mode d'occlusion, lequel constitue plus spécialement et à proprement parler l'objet de ma communication.

Les expériences faites par nos confrères français et étrangers sur l'occlusion des canaux à l'aide de tiges métalliques sont nombreuses, vous le savez, et cependant les méthodes connues jusqu'à ce jour n'ont donné lieu qu'à des résultats fort relatifs.

En mettant moi-même à l'épreuve ces différents procédés, je fus conduit à modifier tour à tour la longueur de la tige, sa forme, la nature du métal employé, mais en conservant la gutta-percha comme mode de scellement de ma tige. Cette substance, en effet, est celle qui convient le mieux ici. Elle adhère aussi bien que le ciment, devient également très dure, de plus elle ne permet pas l'infiltration et peut, au besoin, être enlevée plus facilement.

J'ai essayé, pendant ces derniers temps, une tige spéciale que

j'ai imaginée et qui m'a donné des résultats si heureux que j'ai été tenté de la porter à votre connaissance.

Cette tige métallique (dont j'ai confié la fabrication à la maison Contenau) se compose :

I. D'une tige barbelée ;

II. D'une plaquette ronde soudée à une des extrémités de la tige.

Le tout est en platine en raison de la plus grande ténacité de ce métal qui supporte mieux le barbelage que l'or et les autres métaux. L'extrémité de la tige opposée à la rondelle est effilée.

Lorsque le canal est nettoyé, ainsi que je l'ai dit, je chauffe une tigelle de gutta, puis je l'introduis délicatement et le plus loin possible dans le canal après y avoir, au préalable, passé une mèche de coton imprégnée d'acide phénique et l'avoir séché à l'air chaud ; ceci fait, je chauffe l'extrémité effilée de ma tige et je l'enfonce vigoureusement dans le canal. Le bouchage alors est hermétique, car il est assuré non seulement par la tige, mais encore par la rondelle que j'y ai ajoutée.

Vous voyez que par ce procédé j'obture les canaux non seulement d'une façon plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, mais j'ai la faculté de retirer mon obturation radiculaire si un insuccès se déclare toutefois par une poussée inflammatoire. C'est d'ailleurs pour assurer ce dernier point que j'ai barbelé la tige métallique que je vais avoir l'honnneur de faire circuler parmi vous.

Je voudrais, à l'appui de cette communication et comme conclusion, pouvoir vous donner un chiffre éloquent de succès ; mais la date relativement récente de ce petit perfectionnement ne me permet de vous apporter que l'assurance des résultats fort satisfaisants que j'en ai obtenus dans ma clientèle.

APPLICATION DE LA GALVANOPLASTIE A L'ART DENTAIRE.

Par M. le Dr A.-A.-H. Hamer, d'Amsterdam.

(*Communication au Congrès de Nancy.*)

La galvanoplastie, c'est-à-dire l'art de transformer les métaux d'après un modèle défini en les précipitant des solutions de leurs sels par l'action prolongée d'un courant galvanique, fut découverte en 1838, presque en même temps en Russie par Jacobi et en Angleterre par Spencer.

Nous ne nous occuperons pas des nombreuses applications pratiques auxquelles cette découverte a conduit dans toutes les branches de l'industrie ; elles sont trop connues pour qu'il y ait besoin d'en parler ici.

Le fait de la prise de trois brevets en Amérique pour la galvanoplastie appliquée à l'art dentaire prouve déjà qu'on en a fait usage dans cette branche de la chirurgie.

John A. Daly prit le premier en 1880 pour un procédé consistant à couvrir d'une couche d'or les dentiers de caoutchouc; les deux autres furent accordés à Joseph G. Ward, en février et décembre 1889.

Le premier, pour la fabrication d'une plaque dentaire par la galvanoplastie au moyen du procédé suivant : on fait d'abord un moulage en plâtre de la cavité buccale, puis on fait un positif en cire. La cire étant bien séchée, on la rend conductrice en la couvrant d'une poudre de bronze ou de graphite et c'est sur cette couche que le métal du bain électrolytique se précipite.

Pour le second brevet de Ward il s'agit d'une autre méthode. Le modèle positif de la bouche, soit de gypse, soit de cire, est préparé de la manière que nous venons de décrire. On dépose ensuite une ou deux couches de différents métaux de façon à ce que la place où le caoutchouc doit être appliqué plus tard soit plus mince que la partie destinée au palais qui doit rester libre. On obtient ce résultat en sortant du bain le modèle déjà couvert d'un mince enduit métallique, et en appliquant de la cire à la partie destinée à rester mince. On remet ensuite dans le bain le modèle pour qu'il se couvre d'une nouvelle couche de métal.

Si l'application de la galvanoplastie en art dentaire n'est pas plus répandue, cela tient aux mauvais résultats ou tout au moins aux résultats défectueux qu'on a obtenus jusqu'à ce jour.

Grâce à la persévérance de mon père, il existe maintenant une méthode si parfaite que, malgré les trois brevets pris, le Bureau des brevets aux Etats-Unis n'a pas hésité à lui en délivrer un nouveau pour la fabrication d'une plaque galvanoplastique destinée à la confection des appareils de prothèse.

Je vais essayer de vous expliquer rapidement en quoi consiste la différence qui existe entre cette méthode et les autres, et je ferai mon possible pour vous donner la marche à suivre lorsqu'on veut obtenir de bons résultats.

Qu'il me soit permis d'abord de faire quelques remarques sur la galvanoplastie et l'électrochimie en général.

Quand un courant galvanique passe par un conducteur composé d'un corps solide et d'un liquide, deux cas se présentent : 1° le liquide qui laisse passer le courant est un corps simple, comme le mercure, qui, dans ce cas s'échauffe seulement, comme tout conducteur homogène ; 2° le liquide est composé et alors il est non seulement échauffé, mais souvent aussi décomposé.

Ce phénomène de la décomposition d'un corps composé dans ses éléments sous l'influence d'un courant galvanique se nomme *électrolyse*.

L'étude de l'électrolyse a appris qu'elle obéit à des lois fixes et régulières.

Par exemple, dans tous les phénomènes électrolytiques, la décomposition de l'électrolyte ne peut avoir lieu que là où celui-ci est en contact avec les électrodes et non pas dans la masse entière, et toujours une partie des composantes de l'alliage sera précipitée à

une des électrodes et le reste à l'autre électrode. Quand on expose un sel fondu à l'action d'un courant galvanique dans un vase, qui n'est sensible ni au sel fondu ni aux éléments dont se compose le sel, et qu'on se sert d'électrodes ayant les mêmes qualités, on voit, quel que soit le sel qu'on prenne, que le métal se dépose toujours vers l'électrode négative, tandis que la partie non métallique va toujours au pôle positif.

La décomposition des sels en solution est souvent beaucoup plus compliquée par la présence de l'eau dans laquelle ils sont dissous, et cela par l'action que les matières dégagées aux électrodes exercent réciproquement sur l'électrolyte ou sur les électrodes et aussi par des réactions secondaires qui apparemment changent tout à fait le caractère du phénomène.

Quand on fait par exemple l'électrolyse du sulfate de cuivre et que les électrodes sont composées de platine, on voit au pôle négatif une précipitation de cuivre, tandis qu'au pôle positif l'acide sulfurique s'est formé avec un développement continuel d'oxygène.

Si l'électrode positive même est de cuivre, elle sera prise par l'oxygène qui s'y développe, en formant de l'oxyde de cuivre. Ce dernier, se combinant avec l'acide sulfurique, donne du sulfate de cuivre.

Il n'y a donc pas de développement de gaz, du moins si le courant n'est pas très fort, et le résultat est le même que si une partie du cuivre était portée d'une électrode à l'autre dans la direction du courant.

Pour l'étude qui nous intéresse on fait un double usage de ce phénomène : 1° par la galvanoplastie proprement dite, c'est-à-dire pour faire une couche de métal plus ou moins épaisse qui prend exactement la forme de l'objet dont on veut faire un moulage, sans qu'elle s'y attache ; 2° par l'électro-chimie ou galvanisation : c'est de ce nom qu'on appelle la méthode qui sert à couvrir les objets d'une couche mince de métal qui reste collée à la surface, par exemple la dorure.

Nous verrons bientôt comment on peut déduire déjà partiellement la supériorité de notre plaque galvanoplastique de l'un des faits principaux de la décomposition électrolytique, savoir le fait que cette décomposition ne peut avoir lieu qu'aux électrodes mêmes. Par exemple quand on fait du modèle positif, soit en gypse, soit en cire, un conducteur en le couvrant d'une poudre de bronze ou de graphite et que l'on place ce modèle dans un bain électrolytique d'or ou d'argent après l'avoir uni au pôle négatif par un fil métallique, on s'apercevra que ce mince enduit de graphite uni au fil de cuivre ne donnera pas une électrode conduisant assez bien.

Près du fil conducteur le courant est le plus fort et c'est ici que le métal se précipite le premier. Peu à peu la couche d'or ou d'argent se répand sur la surface graphitée. Quel en sera le résultat ? Il arrivera que la couche métallique ne sera pas également répandue et qu'elle ne donnera pas une plaque élastique homogène.

En outre la galvanoplastie d'argent et d'or occasionne beaucoup

plus de difficultés que celle du cuivre. Plus le bain électrolytique conduit bien le courant, plus la couche métallique peut se former facilement.

Un bain de cuivre acide, dont je vous expliquerai tout à l'heure la composition, donne moins de résistance que les bains alcalisés d'argent ou d'or. La puissance conductrice des bains de cyanure d'argent ou d'or est si faible que la précipitation est presque nulle quand on n'a pas une électrode conduisant extrêmement bien.

A-t-on recours à d'autres moyens, par exemple si l'on couvre le modèle d'une couche mince d'or ou si l'on dépose sur le modèle graphité une couche mince de cuivre, la plaque d'or ou d'argent ne prend pas la forme exacte et le modèle n'est pas d'une finesse irréprochable, ce qui diminue la valeur de la plaque galvanoplastique, si supérieure justement par la précision photographique.

Il résulte de tout cela qu'on ne doit pas faire le modèle conducteur en gypse ou en quelque autre matière avec laquelle on remplit le moulage de la bouche, mais qu'il faut commencer le procédé galvanoplastique directement sur l'empreinte de la bouche. Et cela pour les raisons suivantes : d'abord parce que le dépôt métallique, qui se forme sur une électrode bonne conductrice, de préférence en cuivre ou en argent, non seulement se développe beaucoup plus régulièrement, de sorte que les inégalités sont évitées et qu'on a une couche homogène, mais encore le dépôt est d'une qualité supérieure à celui qui se forme sur un modèle préparé en gypse ; ensuite parce que la plaque s'adapte beaucoup plus exactement dans la bouche puisque les inexactitudes sont réduites au minimum.

Il va sans dire que, pour acquérir une plaque qui s'adapte exactement au palais, il faut avoir d'abord un moulage parfait de la bouche. Un moulage en gypse est préférable à tout autre.

On le prépare de la manière suivante, quand on veut faire tout simplement une plaque pour le palais, plaque sur laquelle on soudera plus tard les dents ou bien sur laquelle on ajustera celles-ci au moyen de caoutchouc. On sèche bien soigneusement le modèle en gypse, puis on l'imbibe lentement de cire fondue ou de stéarine à une température un peu au-delà de 100°. L'empreinte doit séjourner dans ce bain jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de bulles d'air à la surface. On fait alors refroidir le modèle, puis on le graphite. Pour cette opération on fait usage d'une estompe molle en frottant bien doucement. Cette manipulation doit se faire très légèrement jusqu'à ce que la surface devienne luisante.

Un moulage de Stents-Eichler ou de quelque autre composition de gutta-percha peut être graphité directement.

Pour fixer les limites du modèle voulu on n'a qu'à gratter simplement le graphite à la place où il n'est pas nécessaire qu'il se forme un dépôt, ou bien on recouvre cette partie d'une solution de gutta-percha dissoute dans du chloroforme. Ainsi préparée, l'empreinte est prête à être plongée dans le bain de cuivre dont la composition est la suivante :

Sulfate de cuivre	200 gr.
Acide sulfurique pur	30
Eau distillée	1.000

Dans ce bain on place le moulage en mettant prudemment sur la surface graphitée un ou deux fils de cuivre qui sont couverts d'une matière isolante sur les parties plongeant dans le bain et attachés au pôle négatif d'une batterie; l'anode de cuivre naturel est suspendue à quelque distance. On peut se servir de toute espèce d'électricité, pourvu que le courant ne soit pas trop fort.

On peut évaluer à peu près la force du courant en comptant pour chaque centim. carré de l'électrode négative une force de ± 0,2 ampère.

Une batterie de Bunsen est très propre à la galvanoplastie, quand il s'agit de faire précipiter le cuivre. Aussitôt que le moulage graphité est complètement couvert d'une couche de cuivre on arrête le dépôt. Pour renforcer ce modèle on remplit le moulage de gypse ou d'un métal facilement fusible.

Quand on emploie le gypse, avant de le remplir il faut souder au cuivre, avec un peu de soudure molle ou avec du métal Darcet, un fil conducteur en cuivre. Si l'on se sert du métal Darcet pour remplir le moulage, on n'a qu'à placer le fil de cuivre de telle manière qu'il soit en même temps attaché au modèle. On nettoie alors soigneusement le modèle en cuivre après en avoir ôté le gypse ou la masse qui a servi à faire le moulage.

Ce procédé galvanoplastique pour la fabrication de modèles en cuivre n'est pas une invention nouvelle, comme vous le savez. Le docteur Vajna exposa déjà de semblables modèles en 1886 au Congrès des naturalistes et médecins allemands et il donne une description de sa méthode dans le *Vierteljahrsschrift* en 1889.

De même le docteur V. Metnitz parle de cette méthode dans le *Lehrbuch der Zahnheilkunde* de 1891.

Eh bien, pour la galvanoplastie d'or et d'argent rien ne vaut un modèle de cuivre ou d'argent. Pour le rendre sensible au bain d'or ou d'argent on le frotte soigneusement avec du graphite. Ce graphitage est doublement utile : 1° il favorise la séparation de la plaque d'or ou d'argent et du modèle; 2° il fait compensation à celui du modèle. Le peu de graphite qui se trouve sur le modèle positif le rend un peu trop petit, mais en donnant au modèle aussi une couche de graphite, on agrandit d'autant plus la plaque qui s'y fait.

On couvre ensuite d'un mélange de paraffine et de cire toutes les parties du modèle sur lesquelles on ne veut pas avoir de précipité. Pour fixer exactement la limite de la plaque on se sert d'une petite spatule chaude.

Le modèle est alors prêt pour le bain d'argent ou d'or. On peut le suspendre à un support solide ou bien à une balance que je vous décrirai plus tard.

Le bain d'argent est composé ainsi qu'il suit :

Eau	5.000 gr.
Cyanure d'argent	250
Cyanure de potasse	750

Pour faire les plaques d'or on a besoin de deux bains d'or composés comme suit :

	a	*b*
Eau distillée	4.000 gr.	4.000 gr.
Ammoniate d'or	25	75
Cyanure de potasse	100	400

Le premier est un bain dit dorant, le second sert à la galvanoplastie. Pour le courant galvanique les éléments modifiés de Daniel ont été reconnus les plus simples et les plus utiles. On emploie deux éléments de Daniel unis à quantité pour la déposition de l'argent, tandis que pour les bains d'or on les réunit pour la plupart à tension.

Pour chaque bain il faut un rhéostat et un galvanomètre.

La quantité de précipité dépend du quantum du courant, tandis que la tension du courant influe sur la qualité du précipité.

Si le courant est d'une tension forte on a un précipité mou ou spongieux, qui peut même tomber en poudre si la tension est trop grande.

Une tension faible donne un précipité dur et friable. L'expérience nous apprend que, pour chaque pièce d'une grandeur moyenne, la galvanoplastie argentique n'a besoin que d'un courant de 0.1 ampère et d'une tension d'à peu près 1/2 volt.

Après un laps de temps de 2 à 3 jours la plaque est arrivée à l'épaisseur voulue.

Pour les plaques d'or on fait usage de deux bains de concentration différente. Dans le premier, le moins concentré, il se dépose une couche d'or très tenace et très flexible, aussi la tension du courant doit être forte.

Pour arriver à ce résultat on unit à tension deux éléments de Daniel, de sorte que le courant acquiert une force de 0.1 ampère et une tension de 2 volts.

Quand la plaque a environ 2/3 de l'épaisseur voulue, on la place dans le bain d'or concentré pour qu'elle se couvre d'une couche très dure et très fragile et on donne au courant une force de 0.02 ampères avec une tension de 1 volt. Par conséquent les éléments doivent être unis à quantité.

La combinaison de ces deux couches intimement liées donne une plaque d'or chimiquement pur et d'une qualité vraiment surprenante.

Voilà en quelques mots tout ce qui a trait à la précipitation du métal proprement dit. On peut la varier infiniment.

Cela peut vous paraître compliqué et ennuyeux, mais grâce aux résultats que j'ai l'honneur de vous soumettre, vous pourrez vous rendre compte des bons services que cette méthode peut nous rendre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GREFFE DENTAIRE

Rapport présenté au Congrès de Nancy par M. A. Loup.

(Suite et fin.)

Dans le chapitre précédent nous croyons avoir assez démontré que le périoste meurt dans un temps relativement court.

Pourrions-nous donner une durée approximative de la vitalité du périoste après qu'il a été détaché de sa place normale ?

Nous sommes absolument désarmé devant cette question ; cependant qu'il nous soit permis de fournir quelques indications.

Deux théories sont en présence concernant ce genre d'implantation : l'une croyant à la reprise des connexions vitales ; l'autre la niant complètement et pensant à une sorte de rétention mécanique.

Dans l'un ou l'autre cas la dent se trouve maintenue. Donc il est très difficile d'affirmer le processus vrai qui s'est produit. Mais la grande chirurgie pourrait nous apporter quelques données importantes dans les greffes cutanées. En effet, là il y aura prise ou non-reprise du lambeau greffé duquel dépendra la modification ou le maintien du *statu quo* de la partie qu'on voulait modifier. Elle seule donc pourrait nous dire au bout de combien de temps un lambeau de chair, d'épiderme, a perdu son pouvoir de reprise ; et, comparant ce morceau au périoste, nous aurions une durée très approximative pendant laquelle une dent est propre à subir le greffage.

La théorie comparant la dent implantée à une dent qui vient d'achever son éruption est d'une ingéniosité qui ne peut supporter une critique sérieuse ; et préférer ou plutôt trouver que les conditions sont plus favorables dans le cas traumatique que dans le cas physiologique, c'est, nous semble-t-il, aller un peu trop loin en imagination.

Dans l'évolution physiologique des dents, malgré qu'il y ait compression des vaisseaux et des nerfs et résorption des parois alvéolaires et qu'il se produise une véritable douleur chez les enfants à certaines périodes, comme nous l'avons établi dans un travail présenté au Congrès de Bordeaux de 1895, il n'y a rien de comparable avec l'opération de Younger. Dans tout ce travail de l'évolution de l'organe, il y a une sorte d'accommodation naturelle, qui cependant n'empêche pas certains accidents locaux ou généraux parfois assez graves ; mais cette disparition successive des différents tissus périphériques se fait malgré tout, progressivement, au fur et à mesure des besoins de la nature, tandis que dans l'implantation, le maxillaire est violemment perforé, tout est brisé, écrasé en son tissu et ses vaisseaux.

Nous ne voyons pas bien ces conditions plus favorables que l'évolution naturelle ; et comment donc vont s'établir des connexions vasculaires entre ces parois où tout est détruit et cette dent sèche ?

La chose serait possible peut-être entre une dent fraîche et la gencive moins contusionnée, mais là jamais. Certainement, une fois la dent implantée, elle se trouvera dans les mêmes conditions, quant à la superposition de tissu, qu'une dent qui n'a jamais été extraite ; elle sera entourée de péricément, de plasma et de substance osseuse vive, avec la différence que dans l'une le péricément a toute sa force vivante, tandis que dans l'autre ce même péricément est mort ; que dans l'une il y a une substance osseuse vive, tandis que dans l'autre cette même substance est fortement blessée et qu'avant toute chose, il lui faudra se réparer.

Et remarquons bien ceci, c'est important : dans le cas le plus favorable au succès d'une implantation, en prenant une dent absolument vivante et implantée dans un alvéole artificiel, la dent aura eu le temps de perdre toute sa vitalité avant que des connexions vasculaires aient pu s'établir entre elle et le maxillaire, car la restitution osseuse ne se fait qu'au bout d'un certain temps. La dent privée de vie fera office de corps étranger et sera maintenue comme telle.

D'ailleurs Ollier nous apprend ce qui se passe dans un os perforé : épanchement de sang, puis résorption de la substance osseuse. Alors, ou bien la résorption continue et nous avons une ostéite raréfiante, ou bien à ce processus en succède un autre, la reconstitution du tissu osseux (ostéite condensante ou restitutive). A ces ostéites nous pouvons ajouter l'ostéite suppurative qui peut se produire lorsque les tissus hyperplasiés produisent du pus.

Par tout ce que nous voyons il est matériellement impossible d'assimiler l'implantation à la greffe.

Ajoutons à cela, pour être complet, en répétant ce que nous avons déjà dit dans ce travail, outre le temps parfois fort long pendant lequel la dent a été maintenue hors de tout organisme vivant, les différentes manipulations qu'on lui fait subir avant de l'implanter, telles que : ébullition, désinfection au sublimé, etc., etc., ou bien encore le fait que la dent a été conservée dans des solutions antiseptiques, et nous verrons le crédit qu'il faut accorder à cette prétendue vitalité du périoste.

Younger implantant des dents sèches d'une origine quelconque, celles-ci peuvent tout aussi bien provenir d'un amphithéâtre. Dans ce cas, peut-on raisonnablement croire à la survie du périoste? Aurait-il, ce tissu, le privilège extra-naturel de survivre à l'individu? Non, encore non, nous n'avons affaire, en l'espèce, qu'à un corps mort, ou plutôt neutre, la mort impliquant la décomposition.

Et dans ce cas que se passera-t-il? M. Lannelongue, qui a fait des expériences de greffe de l'os mort dans l'os vivant, nous dit : « Tantôt le séquestre baigne dans le pus ; tantôt il est entouré par une membrane granuleuse dont les bourgeons s'appliquent sur ses faces et anfractuosités.

« Si le séquestre est baigné par du pus, il conserve indéfiniment sa forme et ses caractères, son volume ne diminue pas, tandis que, s'il est immédiatement recouvert par des fongosités ou une membrane

granuleuse, il peut être l'objet d'une résorption considérable. » (*Union médicale* 1882).

D'après cela, s'il y a suppuration, la dent ne se fixera pas ; s'il y a production de bourgeons, la dent pourra être maintenue. C'est à peu près ce que Mitscherlich a exposé. Black indique ce processus : « Dans les dents mortes, les canaux que remplissaient les prolongements des cellules du cément se trouvent vides ; c'est dans ces canaux que les fins prolongements des cellules du tissu conjonctif qui remplissent l'alvéole vont se frayer un chemin et c'est par ce mode que l'attachement se fait. »

Younger ne nous prouve pas la reprise des connexions vivantes, quand il dit : « J'ai passé un instrument délicat entre la gencive et la dent et cela a causé autant de douleur et l'instrument a rencontré autant de résistance que dans les tissus environnant les autres dents, ce qui prouve clairement que le cément de cette dent, sec et ratatiné comme il l'était, avait conservé, pendant ce long espace de temps où il avait été loin de toute substance pouvant entretenir sa vie, une vitalité aussi vive et aussi fraîche que si l'on venait de l'enlever du point où il se développait. »

Cette preuve si claire ne prouve rien du tout. Ces mêmes phénomènes peuvent s'observer malgré qu'il n'y ait qu'une rétention mécanique. L'os qui se sera formé autour de la dent fera presque corps avec elle et toute introduction d'instrument trouvera un obstacle, de même qu'il y aura production de douleur, la gencive venant embrasser étroitement la dent.

Tout ce que nous avons dit de cette opération n'est que pour démontrer l'impossibilité de la reprise vitale, non pour la combattre d'une façon absolue, mais aussi sans la recommander. Nous voulons dire qu'au point de vue théorique la chose est possible et, en pratique, très difficile par suite de toutes les conditions qu'il faut réunir. C'est pour cela que nous la rejetons, sauf dans quelques cas très exceptionnels.

Au surplus, il est un reproche sérieux que nous adresserons, avec Pinel, à cette opération : elle peut être dangereuse ; ne s'expose-t-on point, en effet, à blesser les nerfs nombreux qui suivent le canal dentaire et l'artère qui suit la même voie ? Et cette blessure serait-elle donc inoffensive ? Ne court-on point le risque d'un grand nombre de complications locales ou générales, telles que l'hémorragie, des inflammations aiguës, des phlegmons, une névralgie faciale, la gangrène ou le tétanos ?

Du reste tous les cas signalés sont au moins de courte durée, même dans l'opération plus raisonnable de l'implantation d'une dent sèche dans un alvéole frais.

Mais enfin, l'opération étant possible, nous avons cru devoir examiner ce qui se passe dans un os irrité par l'introduction d'un corps étranger, quel qu'il soit.

Il est bien évident que le premier effet de cette introduction va être de déterminer une réaction inflammatoire de la part de l'os, réaction absolument nécessaire à la production d'os nouveau. Le

premier phénomène qui va se passer dans l'insertion d'un corps étranger dans l'os (dent sèche, décalcifiée ou corps neutre) sera la production d'une ostéite. Dans l'ostéite ainsi déterminée, nous voyons au-dessous du périoste, aisément décollable, la substance osseuse, rouge, bourgeonnante ; cet aspect est dû à l'élargissement des canaux de Havers (Decaudin). Si nous suivons un de ces vaisseaux dans l'intérieur de son canal, nous trouvons que le tissu osseux a repris l'aspect qu'il avait lors de sa formation ; le canal est agrandi, anfractueux et présente des lacunes (lacunes de Howschipp) dans lesquelles on trouve de grandes cellules (cellules ostéoclastiques). Il y a résorption du tissu osseux.

Ainsi donc, dans tous les tissus, le premier effet de l'inflammation est de produire une augmentation de vascularité. Sous l'influence du travail inflammatoire se développent des canaux vasculaires remplis de sang qui donnent à l'os enflammé l'aspect d'un jour (Gerdy).

Mais dans l'os, cette augmentation de vascularité produit un phénomène qui n'est pas observé dans les parties molles : c'est l'absorption du tissu qui entoure les vaisseaux ainsi dilatés. Il est probable que cette fonte, cette absorption du tissu autour des canaux de Havers enflammés ne porte que sur un des éléments de l'os.

L'inflammation détermine la perte de sa trame, de son cartilage, partie organique de l'os et susceptible de décomposition. Quant aux matériaux calcaires, repassent-ils dans les vaisseaux et sont-ils éliminés comme impropres à l'os ? Il pourrait se faire que, dépouillés de matières organiques, ils restassent là comme des grains phosphatiques et calcaires pour former le tissu secondaire, bien entendu, si l'ostéite se termine par résolution et dans l'intérieur des tissus, car il est clair que si l'inflammation allait jusqu'à la suppuration, les matériaux organiques et inorganiques seraient entraînés avec le pus.

Quand l'ostéite guérit, les éléments de la moelle vasculaire reprennent l'aspect des ostéoblastes et reforment une membrane épithélioïde qui sera le point de départ du tissu osseux.

Les organes essentiels de la régénération du tissu osseux sont le périoste et la membrane médullaire, excepté dans les os plats, ceux de la face en particulier, où celle-ci n'existe pas ; les organes accessoires, toutes les parties molles qui entourent le foyer de l'inflammation.

Troja décrit ainsi la formation du tissu secondaire : « Les membranes deviennent plus vasculaires, plus rouges, plus résistantes, plus épaisses, se détachent des parties mortes et sécrètent par leur face adhérente un liquide jaunâtre ou rougeâtre de consistance sirupeuse. C'est une lymphe gélatino-albumineuse qui se condense et devient bientôt le siège d'un dépôt osseux qui s'effectue à la fois sur plusieurs points isolés. De chacun de ces points partent, sous forme d'aiguilles, des fibres peu nombreuses d'abord, mais qui se multiplient, et le nouvel os, spongieux et rougeâtre primitivement, devient bientôt solide. »

L'os, étant mou en quelque sorte, se modèle sur tous les obstacles qu'il rencontre ; les vaisseaux nourriciers en sont un exemple, puisque nous les trouvons dans le tissu cartilagineux et qu'ils ne sont pas envahis par sa condensation.

Si donc nous mettons dans un os une racine quelconque, nous allons avoir d'emblée une ostéite; mais sera-ce toujours une ostéite condensante, condition absolument nécessaire pour faire une implantation, ou bien risquons-nous des ostéites raréfiantes? La chose n'est pas douteuse, et comme nous avons vu que nous ne pouvons compter sur une reprise vitale dans les implantations, la rétention mécanique de la dent ne pourra avoir lieu qu'avec une formation secondaire de tissu osseux. Il y a là une question de terrain très importante, car autrement on ne voit pas bien pourquoi il y a tantôt ostéite condensante et tantôt ostéite raréfiante.

Le tempérament de l'individu est presque tout dans cette opération, car le corps à implanter est un facteur qu'il ne faut pas oublier. Les questions diathésiques nous fourniront de précieux indices sur le pronostic de l'opération. Les individus atteints de maladies graves, les diabétiques, les scrofuleux, les tuberculeux, les rachitiques, les tempéraments lymphatiques, les anémiques, etc., etc., et tous ceux qui ont une maladie organique, seront certainement des sujets sur lesquels l'opération ne devra pas être tentée, sous peine d'échec, et il ne nous semblerait pas impossible d'observer des ostéites raréfiantes, voire même des caries des os et peut-être des nécroses, ou en tous cas, et c'est ce qui pourra arriver de mieux, une durée trop éphémère de l'implantation et ne valant pas les inconvénients inhérents à cette opération, à ce forage du maxillaire. Ces manifestations pathologiques nous paraissent possibles, car nous nous souvenons, alors que nous étions l'assistant de M. Godon, d'avoir eu une nécrose du bord alvéolaire au cours du traitement d'une carie du 3e degré chez une jeune fille de 14 ans environ, lymphatique, au moment de ses règles.

Il ne faut pas oublier en effet que chez ces sujets la moindre plaie est presque grave et il n'en faut pas beaucoup pour avoir de la suppuration, comme vous en observerez chez des sujets diabétiques qui auront subi une extraction.

Dans tous les cas, les phénomènes suivants se passeront : le périoste, ainsi que la membrane médullaire, sera le siège d'une irritation intense, aboutissant à la formation d'un tissu semblable à la moelle embryonnaire. Ce tissu sera un agent de formation ou de destruction, selon le degré de l'irritation, lequel sera évidemment réglé par la force de résistance de l'individu : plus l'individu sera fort, bien constitué, exempt de diathèse, et moins l'irritation sera grande ; il y aura tout de suite formation de tissu secondaire. Au contraire, chez les rachitiques, l'inflammation aura toujours raison du faible apport de matériaux calcaires que les vaisseaux nutritifs opposeront aux progrès de destruction, d'où ostéite raréfiante.

D'un autre côté nous avons dit qu'on doit tenir compte de la

dent à implanter. Si nous mettons dans un os d'une résistance trop faible une dent venant d'un rachitique, par exemple, celle-ci, avec son peu de densité, avec sa facilité à se prêter aux agents de destruction, se désagrégera bien vite au sein de cette inflammation et fournira des éléments importants à la raréfaction du tissu osseux. Et si, par hasard, ce corps étranger, cette dent peu calcifiée, se trouvait, par suite d'une tolérance particulière du tissu osseux, englobée par des cellules à formation osseuse, par des bourgeons, elle ne résisterait pas longtemps, sa rétention serait de courte durée. La résorption radiculaire qui est le sort général de toutes ces dents se manifestera avec d'autant plus d'intensité, de rapidité qu'elle sera moins dense.

Ainsi donc, pour nous, cette opération peut se subdiviser comme suit :

Constitution physique individuelle....................	force au-dessus de la moyenne et moyenne.
	force au-dessous de la moyenne.
Densité de la dent............	au-dessus de la moyenne.
	au-dessous de la moyenne.

1° Sur un individu bien constitué nous aurons des résultats divers, selon que nous implanterons une dent bien ou mal calcifiée.

Nous aurons rarement des ostéites raréfiantes, pour ne pas dire jamais. Mais il faut compter dans cette opération brusque du forage de l'os sur des « inconnus », inoculations ou sur des « accidents », blessures.

L'introduction d'une dent bien calcifiée n'aura d'autre résultat que de provoquer une irritation sans gravité, qui s'ajoutera au traumatisme déjà supporté par l'os lors du forage. Mais un peu de précautions post-opératoires et tout rentrera dans l'ordre. L'os de nouvelle formation enkystera la dent, la pénétrera par ses nombreux canalicules et sa durée de rétention sera proportionnelle au degré de densité de sa racine. Mais son sort est certain, elle sera mangée par les cellules géantes ou ostéoclastiques.

Ajoutons cependant que ce sont là les conditions idéales pour mener à bien cette opération. Combien de fois les trouverons-nous pour que la durée du maintien de l'organe la justifie ?

Si la dent implantée est d'une densité au-dessous de la moyenne, elle ne restera pas longtemps. Le sujet étant dans l'état satisfaisant que nous désirons, rien à craindre de ce côté, mais les bienfaits de l'opération auront la durée de l'illusion. La dent peu calcifiée sera rongée dans quelques mois, si elle ne tombe pas au bout de quelques jours.

2° Sur un sujet d'une constitution délicate ou diathésique les choses ne se passeront pas ainsi.

Nous connaissons déjà les complications qui peuvent survenir à la suite de toute opération pratiquée dans cette classe d'individus. Alors même que nous mettrions une dent bien calcifiée dans un maxillaire de cette nature, la simple irritation causée par ce corps

étranger pourra se transformer en ostéite raréfiante ou même causer des désordres plus graves.

Il en sera de même si nous introduisons une dent peu calcifiée. L'implantation faite dans ces conditions ne réussira jamais. Chez une jeune fille de 22 ans environ, dont le père est médecin, nous avons tenté une implantation, dans un alévole frais, d'une dent sèche depuis 5 mois et dont nous connaissions parfaitement la provenance. La dent fut rejetée quelques jours après, l'alvéole ayant suppuré. La dent dansait dans l'alvéole alors qu'elle tenait très bien et qu'elle était serrée au début; il y avait eu ostéite raréfiante. Le sujet était d'une santé délicate.

Nous estimons donc que nous devons rejeter toute implantation sur un sujet peu résistant, à cause des dangers de l'opération elle-même, et des suites de cette implantation qui pourraient être graves, surtout avec le forage de l'os, qui n'avait pas été fait pourtant dans l'observation ci-dessus.

Rien, quand il s'agit de nos semblables, ne doit être laissé au hasard. Or, nous ne connaissons pas très bien la densité des dents sèches que nous voulons implanter, et nous avons vu que, si elle n'est pas suffisante, l'implantation sera de courte durée. L'examen du malade est difficile à faire au point de vue de son état général et cette trépanation peut être le point de départ d'une manifestation diathésique jusque-là ignorée, comme ces traumatismes qui se traduisent plus tard par une tumeur. Pourquoi alors courir les risques de cette trépanation du maxillaire qui peut très bien pour votre vie vous laisser des névralgies épouvantables?

Les conditions à réunir sont tellement difficiles qu'il est fort probable que nous ne sommes pas près de pratiquer cette opération par trop dangereuse, surtout si nous songeons qu'après nous être entouré de toutes les précautions que nous venons d'énumérer, solidité de terrain, bonne qualité de la dent, nous avons tenté par trois fois différentes l'implantation dans des alvéoles naturels (condition bien autrement avantageuse), et par trois fois nous avons échoué. Cela n'est pas fait pour nous encourager à pratiquer le forage. Mais au moins, nous ne risquons absolument rien en agissant ainsi, c'est une cavité naturelle qui n'a qu'à rejeter le corps qu'elle ne veut pas garder; aussi tenterons-nous de nouveau cette opération à l'occasion.

En Amérique l'implantation est pratiquée sur une grande échelle et M. Amoëdo nous apprend que des rapports présentés au Congrès de Chicago en 1893 il résulte que 75 0/0 des implantations rendent de bons services après des épreuves de huit ans. Nous ne pourrions en dire autant en France, où bien peu atteignent ce chiffre ; puis est-ce que tous les cas ont été suivis pendant ces huit années? Une statistique comme celle-là est difficile ; ou bien alors, comme nous le disions tout à l'heure, les cas ont été bien rigoureusement choisis, de façon à n'avoir que de bons terrains ; mais sur combien d'opérations a été pris ce pourcentage ? Car il nous est facile de faire deux opérations dans l'espace de huit années, après

avoir requis toutes les conditions possibles et utiles et obtenir deux succès, ce qui fait 100 pour 100 de succès.

La rareté des conditions n'en subsiste pas moins, c'est ce que nous avons déjà dit.

Il est évident que l'antisepsie joue un grand rôle dans ces opérations et que c'est à cela que sont dus les succès observés. Il est fort probable que MM. Bing et Colignon auraient mieux réussi, si, après avoir bien choisi leurs cas, ils avaient fait usage de l'antisepsie comme on la pratique aujourd'hui.

Pour résumer l'implantation des dents sèches : 1° nous avons vu que la théorie de la revivification du périoste n'est pas possible ;

2° l'enkystement de la dent dans l'alvéole est possible, les parois alvéolaires se refermant et embrassant en quelque sorte la dent.

Mais nous croyons que la seule, la vraie théorie est celle de la réunion intime de la dent à l'alvéole par pénétration de celle-ci. C'est à cette raison que nous devons d'amener des fragments de l'os dans une extraction de dent implantée. M. Hugenschmidt est aussi de cet avis : « Les moyens d'union sont une sorte d'enkystement osseux et une ostéite condensante qui pourront retenir la dent. »

Au congrès de 1889, M. Cunningham, de Cambridge, disait : « J'ai fait 80 implantations, dont un grand nombre à titre d'expériences. Je ne crois pas que l'implantation puisse se pratiquer d'une manière générale. Un article publié dans le *Cosmos* rapporte 15 insuccès sur 100 cas. Le temps en augmentera le nombre. » (*Odontologie* 1889.)

Lister (*Odontologie* 1894) estime qu'il n'y a pas d'avenir pour l'implantation si l'on ne vient à bout de la résorption des racines

D'une séance à la Société d'Odontologie de Paris (janvier 1896) il découle que la durée des implantations n'est pas longue, et encore ne parle-t-on que d'implantations dans des alvéoles frais. Nous sommes moins heureux que dans les pays étrangers, car la durée trop illusoire de nos cas ne vaut certes pas la peine d'entreprendre le forage de l'os, même sous l'anesthésie. La résorption marche avec une trop grande rapidité, et en cela nous ne sommes pas tout à fait de l'avis de Black et de Georges Weld qui disent qu'une dent implantée se trouve dans les mêmes conditions qu'une dent dévitalisée, qui a provoqué des poussées infectieuses.

En effet, nous n'observons pas sur les racines qui sont restées dans le maxillaire depuis des années la même forme de résorption (ou du moins nous l'observons très peu) ; c'est presque toujours à l'extrémité radiculaire, et non partout sur la racine, que se fait la nécrose, et encore ne l'observe-t-on pas souvent.

DE L'IMPLANTATION DE DENTS DÉCALCIFIÉES.

Pour être complet, il nous reste à dire quelques mots d'une opération imaginée par M. Amoëdo[1] qui consiste à implanter une dent préalablement décalcifiée par l'acide chlorhydrique.

---

1. Amoëdo, *Odontologie*, juillet 1894.

Cet auteur, partisan de l'union intime de la racine avec l'alvéole, pense que la dent provoque une ostéite avec formation de cellules lymphoïdes qui se placent en rangées et forment une membrane embryonnaire dans toute la périphérie de l'alvéole. Ces cellules ayant enveloppé la racine, c'est alors que commencent la décalcification et l'érosion.

On voit apparaître alors des cellules *ostéophages*, cellules géantes à réaction acide (acide lactique), qui forment de petites baies sur la surface de la racine. Si la dent est bien immobilisée et si l'état général de l'individu est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. Le tissu embryonnaire se vascularise bientôt, des dépôts calcaires se forment insensiblement, on voit la transformation osseuse survenir et amener enfin la soudure de la racine avec la paroi alvéolaire.

En vue donc de faciliter ce processus chimico-vital, M. Amoëdo fait bouillir les dents dans le bichlorure de mercure et les met ensuite dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0 pendant 3 ou 4 heures. Lorsqu'il pénètre avec un couteau à une profondeur d'un demi-millimètre, il les lave et les neutralise dans l'ammoniaque. Naturellement ce travail ne doit avoir lieu que sur la racine. Puis il remplit le canal de salol liquide iodoformé. « Ces dents sont plus » faciles à implanter, se consolident plus vite que les dents sèches » sans membrane péridentaire, et même que les dents fraîches qui » l'ont encore. »

Nous préférons le processus invoqué par M. Amoëdo pour la reprise des tissus à celui de Younger, mais nous ferons également un reproche à cet auteur, c'est de trouver qu'une dent morte vaut mieux qu'une dent vivante.

En 1894 il nous annonçait cent quatorze implantations de dents décalcifiées, dont une l'avait été en 1888 ; pour les autres, la durée n'est pas indiquée, et c'est dommage.

Mais enfin, à peu de chose près, au point de vue des résultats nous assimilons cette opération à celle de Younger en donnant nos préférences à cette dernière. En effet, pourquoi décalcifier la dent? Si vous avez bien réuni vos conditions, point n'est besoin d'aider la nature dans un travail que nous ne connaissons pas en somme dans son essence même. Il est bien préférable de la laisser toute seule opérer son travail comme elle l'entendra, pénétrer le cément à sa guise, et s'arrêter d'elle-même.

Ne craignez-vous pas que cette couche décalcifiée ne laisse en présence de l'os qu'une épaisseur d'un demi-millimètre de matière organique et par conséquent susceptible de se décomposer en facilitant ainsi la résorption de l'os? Cette dent est neutralisée, c'est entendu; mais alors ces matières organiques ne servent plus à rien, elles sont *brûlées* par l'acide chlorhydrique et ne pourront que s'éliminer en laissant dans l'alvéole une dent diminuée de volume. C'est tout, et le travail érosif recommencera de la part des cellules ostéophages qui s'attaqueront à la partie restée intacte de la racine.

Opération pour opération, nous préférons celle de Younger.

C'est, si nos souvenirs sont exacts, M. Le Dentu qui a eu l'idée d'employer des os décalcifiés, parce qu'il avait remarqué que lorsque, dans une perte de substance osseuse, on mettait un os dans l'espoir que la matière sécrétée par le périoste viendrait entourer celui-ci et le souderait aux os vivants, il s'éliminait comme des esquilles.

Mais ces os décalcifiés remplissent dans le vide produit par l'ablation des os naturels le rôle de soutien, de charpente temporaire, en attendant que le périoste reforme un os nouveau. La décalcification ne servirait qu'à faciliter sa résorption après avoir servi de soutien ; ce n'est pas ce que cherche M. Amoëdo et il fait justement ce qu'il faut pour faciliter la résorption de la racine.

Au Congrès de Rome de 1894, M. Amoëdo faisait mention d'un maxillaire appartenant à un homme de 40 ans, qui présentait une deuxième molaire de lait enkystée entre la première petite molaire et la dent de six ans.

Il a cru trouver dans ce phénomène l'explication du processus de la greffe et de l'union des dents implantées :

« A l'époque où cette dent de lait devait disparaître pour faire » place à la petite molaire permanente, le germe de cette dent a » joué le rôle de corps étranger et a irrité l'os, irritation qui a pro- » duit une surexcitation dans la région. Cela donna lieu à la résorp- » tion de la dent en évolution et à celle des racines de la dent de » lait.

» La cause de l'irritation une fois disparue, un os très compact » et très riche en corpuscules osseux est venu combler le vide laissé » par la dent résorbée et les baies des surfaces des racines.

» Il y a une analogie parfaite entre ce qui s'est passé avec les » racines de cette dent de lait et l'os, et ce qui se passe entre l'os et » les racines des dents greffées. »

Nous ne sommes pas de cet avis. Il ne saurait y avoir de rapprochement entre un fait physiologique et un fait, on peut bien le dire, anti-physiologique.

Le Dr Redier nous donne une explication très nette de la chute des dents temporaires[1].

Le processus qui accompagne la chute des dents temporaires par résorption des racines est analogue au processus de *l'ostéite simple*, qui se traduit constamment par des *phénomènes alternatifs* de résorption *et de production osseuse*, avec prédominance définitive de l'un ou de l'autre. Ce processus a pour point de départ l'irritation physiologique, déterminée par l'éruption, l'évolution et le développement du germe ossifié de la dent permanente.

Le périoste de la dent caduque et les éléments de la cloison folliculaire deviennent le siège d'une prolifération très active, aboutissant à la formation d'un tissu semblable à la moelle embryonnaire (papille absorbante, corps fongiforme). Ce nouveau tissu sera agent de destruction ou agent de formation, suivant le degré de l'irritation. Et Tomes dit : l'action de la résorption peut se sus-

1. Decaudin, *Anatomie dentaire.*

pendre et être remplacée par un travail de production. On trouve parfois le cément qui a été atteint par l'érosion recouvert d'un nouveau cément très adhérent.

Il ne peut donc y avoir similitude de procédés dans ces deux productions. Dans l'une le périoste de la dent caduque concourt à la formation d'un nouveau cément, tandis que l'os produit un nouvel os.

Il n'en est pas de même dans l'implantation, puisque la dent implantée est morte ; elle ne produit donc rien du tout, tout au contraire elle se laisse entamer, infiltrer par la nouvelle production osseuse, de sorte que les moyens de contention ne sont plus les mêmes : l'une est maintenue vivante par adjonction de cément et d'os ; l'autre ne l'est que par l'ossification secondaire qui l'a pénétrée.

Le mode de rétention des dents implantées peut se comparer aux réparations que nous faisons en caoutchouc, avec cette différence que nous faisons nous mêmes les trous, les encoches dans lesquels nous voulons que le caoutchouc pénètre, tandis que dans l'implantation c'est l'os lui-même qui se fraye petit à petit son chemin, en profitant soit des canalicules, soit des parties faibles de la racine, ce qui expliquerait pourquoi les racines ne sont pas uniformément résorbées. Voilà pourquoi également nous préférons laisser à l'os le soin de faire son travail, plutôt que de le faire nous-même, par la décalcification.

Cette explication de M. Amoëdo ne saurait non plus nous convenir en ce qui concerne la réimplantation et l'implantation (*Odontologie*, p. 387).

Nous regrettons de ne pas être de son avis, mais le travail de consolidation n'est pas le même dans les trois cas.

Les deux premières opérations constituent, en effet, de véritables greffes. Nous opérons tissu vivant sur tissu vivant, il y a accolement des lambeaux, rétablissement de la circulation, et la vie un moment interrompue continue, avec toutes ses facultés précédentes ; sans cela il n'y a pas greffe, c'est ce qui arrive dans l'implantation.

La discussion du Congrès de Bordeaux ne saurait nous faire changer d'avis.

Répondant à ce que nous lui disions : que nous ne nous expliquions pas la décalcification, M. Amoëdo nous dit : « Qu'il ne » s'agit que d'une couche superficielle (il y a pourtant 1 millimètre » sur une racine) et la résistance n'est pas diminuée. Au contraire » on favorise le travail qui doit s'opérer pour la consolidation et » il se fait en peu de temps, tandis que si la décalcification est na- » turelle, c'est long et irrégulier. » Mon ami Choquet ajoutait : « Les mauvais résultats obtenus par Younger sont peut-être dus » à ce qu'il employait des dents non décalcifiées. Il emploie des » dents n'importe comment ; au point de vue de l'asepsie, cela » n'est pas sans importance. »

Est-ce oui ou non au point de vue antiseptique qu'est faite la décalcification ? Si cela est, point n'est besoin de faire subir ce traitement à la racine, nous disposons de moyens offrant toutes les garanties désirables.

Nous pensons que la théorie que M. Amoëdo nous donne pour justifier la décalcification n'est pas bien établie, puisqu'il s'exprime ainsi (Congrès 1895) : « Je vous ai dit que vous pouviez agir avec des » dents non décalcifiées ; mais avec des dents aseptiques, il est tou- » jours préférable de décalcifier. »

Cela diminue singulièrement l'étendue, la portée de la décalcification. C'est répondre à notre première question. Pourquoi décalcifiez-vous les dents ? La réponse se réduit à ceci : au point de vue antiseptique. Eh bien, ce n'est pas suffisant ! Il est vrai que les dents décalcifiées sont plus rapidement maintenues, à ce qu'on dit.

Cette raison n'est pas encore suffisante, si cette racine ne doit pas être maintenue dans la bouche aussi longtemps que lorsqu'elles ne sont pas décalcifiées. Il vaut beaucoup mieux que les moyens d'union se fassent quelques jours plus tard et que la durée ait quelques années de plus. Nous n'avons pas besoin d'insister là-dessus.

D'ailleurs, M. le D[r] Nux dit : une dent décalcifiée prend plus vite qu'une dent calcifiée, mais elle dure plus que celle-ci.

Et M. le D[r] Roy ajoute : « Sans attacher une importance plus grande qu'il ne convient à la méthode statistique, il est regrettable que M. Amoëdo n'ait pas donné le résultat des opérations faites par lui avec leurs résultats divers. Si M. Amoëdo a réussi, je crois que c'est grâce plutôt à l'antisepsie qu'à la décalcification. »

M. Mendel Joseph, dans une communication à la Société d'Odontologie en 1895, disait : « J'ai fait une implantation avec une dent » décalcifiée ; elle fut tout d'abord très solide ; mais, au bout de quel- » ques jours, elle devint très mobile lorsque la couche décalcifiée » fut résorbée, la racine étant ainsi devenue trop petite pour son » alvéole. »

Il y a environ un an, M. Joseph fit chez le D[r] Kuhn une implantation de cette nature. On a été obligé de la maintenir à l'aide d'un appareil de platine scellé dans une carie voisine. Elle ne s'est jamais consolidée. M. Mahé l'a vue il y a quelque temps.

La très jolie et très savante explication donnée par M. le D[r] Beltrami sur les travaux d'Ollier, à savoir que la partie décalcifiée ne disparaît pas, n'est encore pas suffisante pour justifier la décalcification ; en effet, nous voulons bien admettre que cette couche ne disparaît pas, mais elle est inutile. Au milieu d'un bouchon mettons une cheville d'ivoire d'un diamètre tel qu'un millimètre de bouchon reste seulement tout autour. La partie décalcifiée présente sensiblement la consistance du liège, et par conséquent cette figure est parfaite pour représenter une racine avec sa partie décalcifiée. L'os va s'infiltrer dans ce liège (cément décalcifié) sans l'absorber ; des dépôts calcaires vont se former au milieu de ces mailles, mais jusque-là la dent n'aura qu'une solidité relative, ces sortes de pointes osseuses s'enfonçant dans du tissu mou, et elle ne sera parfaitement consolidée que du moment où le tissu osseux commencera à attaquer la partie intacte de la racine, représentée par notre cheville d'ivoire.

La décalcification ne nous semble pas justifiée, et cette régularité que cherche M. Amoëdo non plus. Lorsque les cellules à transformation osseuse se trouvent en contact avec la partie non décalcifiée, elles l'attaquent, la pénètrent irrégulièrement au gré de leur désir, et le travail de l'opérateur devient désormais inutile.

M. le Dr Roy a parfaitement bien défini la chose en disant : « Dans » une même bouche il y a en même temps, à quelques minutes » d'intervalle, plusieurs dents implantées, les unes décalcifiées, les » autres non. Les résultats sont absolument identiques. Alors pour» quoi cette décalcification ? Ce n'est qu'une complication de l'opé» ration, complication qui n'est pas nécessaire, puisqu'elle n'apporte » pas d'avantages. »

Nous ajouterons que non seulement elle n'apporte pas d'avantages, mais elle diminue la durée de l'implantation, car cette partie décalcifiée est autant de travail de moins pour l'os du maxillaire ; au lieu d'avoir toute une racine à *manger*, il n'en aura que les deux tiers ; donc la dent aura moins de durée.

On s'explique facilement qu'une racine ainsi préparée se maintienne plus vite ; les cellules ostéoclastiques, ne trouvant aucune résistance, pénétreront à leur aise la partie décalcifiée, tandis qu'autrement il y a une résistance que l'os est obligé de vaincre. Mais mieux vaut attendre quelques jours de plus et ne pas toucher à la racine.

Nous ne connaissons pas la durée des implantations de M. Amoëdo ; au reste cela ne nous serait pas d'une grande utilité, car il est évident que, faite dans les mêmes conditions, l'implantation sans décalcification durera toujours plus qu'une implantation avec décalcification. Il n'y a, comme avantage, que la prise plus immédiate — pas dans tous les cas cependant, car nous connaissons des cas où la dent est tombée le lendemain ou quelques jours plus tard.

Cet avantage n'est donc pas assez *avantageux* pour nous, et nous ne trouvons dans la décalcification que l'antisepsie.

CONCLUSIONS.

Il nous reste à tirer quelques conclusions de ce travail, fort imparfait du reste, et à voir les opérations que le praticien sérieux, soucieux des intérêts humanitaires, est honnêtement autorisé à faire pour rendre service à un patient.

GREFFE PAR RESTITUTION.

Dans toute son étendue, la greffe peut être, et dans quelques cas, doit être tentée, car elle a des indications bien précises, ne faisant encourir au malade aucun risque et n'ayant aucun inconvénient.

Toutes les fois qu'une dent aura été extraite par un accident, chute, maladresse, il faudra tenter la greffe.

On pourra, selon le cas, enlever ou laisser la pulpe.

1° Si une dent n'a pas eu de contact septique, après un simple la-

vage elle pourra être replacée dans l'alvéole, toutefois sans compter sur la reprise de la pulpe.

2° Si au contraire on a des doutes, on pourra désinfecter la dent dans des solutions faibles, mais on aura soin d'enlever la pulpe, car celle-ci pourrait ultérieurement se décomposer avec tous les désordres qui accompagnent cette désorganisation. On aura soin de ne toucher ni au périoste ni à l'apex de la racine. Une ouverture faite sur la couronne servira à enlever la pulpe, puis on fera des lavages dans l'intérieur de la racine et on bouchera celui-ci avec de la gutta-percha par le procédé que nous avons indiqué.

On pourra tenter la greffe lorsque les traitements ordinaires employés auront échoué en cas de périostite chronique, de fistules anciennes, de kystes, etc., etc.

Plutôt que de perdre un organe qui est susceptible de rendre encore des services, l'extraction étant le seul remède, on tentera de réimplanter la dent. Le malade ne saurait s'y refuser, puisqu'il s'est soumis à l'extraction, le seul inconvénient de cette opération. Une fois la dent extraite, on sectionne à la scie très fine la partie de la racine dénudée de périoste, on adoucit les bords de l'extérieur à l'intérieur pour éviter les débris qui pourraient se loger entre le périoste et le cément, on fait l'antisepsie du canal, le nerf n'existant jamais dans ces cas, et on l'obture comme nous avons dit. Avant de remettre la dent en place, on lave bien l'alvéole, et, si l'on soupçonne que celui-ci soit malade dans une de ses parties, on le creuse avec une fraise bien tranchante pour enlever les parties pathologiques.

On peut encore, comme le recommande Magitot, créer une fistule pour l'écoulement des liquides pathologiques; mais nous préférons ne pas la faire.

Cependant, si les désordres de l'alvéole et du voisinage sont trop avancés, s'il y a une résorption considérable de l'alvéole, si le périoste est hypertrophié, décollé, si le sujet est diathésique, l'opération ne sera pas tentée, car nous avons vu que des désordres graves peuvent résulter de ces opérations sur les os.

Il faut éviter de faire une réimplantation au moment des règles.

GREFFE PAR TRANSPLANTATION.

Greffe autoplastique. Cette opération ne diffère des précédentes qu'en ce que l'on opère un déplacement dans la bouche. Elle n'est pas souvent indiquée. Cependant elle peut avoir de l'utilité lorsque par exemple, une dent se trouvant très cariée, on est obligé de l'extraire et qu'au milieu du palais se trouve la canine. Il est alors tout indiqué d'avulser celle-ci, et après avoir enlevé la pulpe et obturé comme il convient, on s'inquiète de l'alvéole de la dent malade, avant de la réimplanter, pour lui faire subir, s'il y a lieu, le traitement indiqué.

GREFFE HÉTÉROPLASTIQUE.

Greffe hétéroplastique. Même procédé, même manuel opératoires que pour les précédentes opérations.

Cette opération serait plus souvent indiquée si la difficulté de trouver une dent convenable au moment opportun n'était pas si grande. Les dents dont l'avulsion est nécessitée pour les redressements sont nombreuses; il est dommage que l'emploi n'en soit pas plus facile, qu'on n'ait pas sous la main un alvéole prêt à la recevoir.

Cependant cet emprunt est grave et nécessite une enquête des plus minutieuses sur les antécédents pathologiques du sujet, sur son état actuel, car nous avons vu que nombre de maladies pourraient être inoculées par cette voie.

Dans ces opérations d'emprunt on ne saurait compter sur la reprise de la pulpe, puisque les dents vivantes sont destinées à remplacer des dents malades, pour lesquelles, sauf quelques rares exceptions, le nerf n'existe plus depuis longtemps. La pulpe devra toujours être extraite.

Si la courbure et la longueur des racines de la dent d'emprunt s'opposaient à l'introduction dans l'alvéole, mieux vaut cent fois entamer celui-ci, le creuser pour faire de la place que de toucher à celles-ci.

Implantation d'une dent fraîche dans un alvéole artificiel. Nous avons, dans le courant de ce travail, assimilé cette opération à une greffe et nous le maintenons, mais nous ne recommandons pas beaucoup ce moyen.

Néanmoins, il nous semble que le cas échéant, en connaissant bien l'état des deux sujets, nous préférerions l'implantation d'une dent fraîche à celle d'une dent sèche, car nous risquons d'obtenir quelques connexions vivantes, peut-être même, comme nous l'avons indiqué, une greffe parfaite.

En tous cas, l'opération ayant des inconvénients, étant donné le forage de l'os, celui-ci étant décidé, mieux vaut risquer la greffe qui, en cas d'échec de la reprise vivante, se comportera comme une implantation de dent sèche. Cette dent devra supporter les manipulations que nous conseillons pour les autres cas.

Implantation de dents sèches dans un alvéole naturel. Avec cette opération nous sortons du cadre de la greffe proprement dite pour entrer dans la division des rétentions plus ou moins mécaniques. N'étant pas partisan des alvéoles artificiels, et l'extraction d'une dent ou d'une racine étant décidée pour une cause quelconque, si l'on n'avait pas de dent fraîche sous la main, on pourrait avec juste raison essayer l'implantation d'une dent sèche, cette opération n'ayant en somme aucun inconvénient si le sujet est bien portant. En effet, il n'y aura que le rejet du corps étranger, s'il ne se trouve pas maintenu par la surproduction osseuse.

Implantation de dents sèches dans des alvéoles artificiels. Dans cette opération on ne pourrait songer à une greffe. Nous croyons l'avoir assez démontré. Sauf dans de très rares exceptions, que le praticien consciencieux, honnête, justifie, nous rejetons cette opération qui n'offre pas assez de garanties de durée et d'innocuité; même avec la certitude que la dent ainsi replantée sera maintenue, la per-

foration du maxillaire est une chose trop importante et trop grave pour que nous puissions recommander ce moyen, surtout lorsqu'on songe que les résultats de l'implantation ne sont pas assez mathématiques pour qu'on en puisse affirmer le succès. En pratiquant cette opération on peut amener une de ces névralgies si rebelles de la face, une nécrose chez les diabétiques, ou bien encore donner le coup de fouet nécessaire, dans un terrain prédisposé, à une évolution plus ou moins maligne (un simple coup suffit quelquefois pour déterminer une tumeur) et cela pour obtenir un résultat incertain ou en tous cas éphémère. Ce sont là des raisons suffisamment sérieuses pour faire hésiter le praticien esclave de son devoir.

Ajoutez à cela que l'opération est surtout pratiquée au point de vue esthétique et non au point de vue purement pratique de la mastication, puisque les implantations portent surtout sur les dents de devant, y compris les petites molaires, et non sur les grosses. Puisqu'il n'y a pas utilité urgente, nous ne devons pas hésiter à être très circonspects, et quant à nous, nous ne croyons pas que jamais nous tentions cette opération.

IMPLANTATION DE DENTS DÉCALCIFIÉES.

Dans le chapitre qui traite de cette opération nous avons montré combien les idées, les théories ne nous satisfont pas; nous n'avons donc pas à y revenir. Cette opération est certainement inférieure à celle de Younger, tout en ayant la même gravité.

Nous pensons que si, par une rare exception, on était obligé de faire une implantation, on devrait recourir au procédé de Younger, en faisant l'antisepsie nécessaire, plutôt que d'employer la décalcification, qui, en somme, se résume en une *décalcification au point de vue antiseptique*, décalcification qui nous semble devoir diminuer de beaucoup la durée de l'implantation.

ANTISEPSIE DE LA DENT ET DE L'ALVÉOLE.

Lorsqu'on voudra opérer une greffe (non une implantation), l'antisepsie devra être méthodiquement dosée, de telle sorte que la vitalité du périoste de la dent à greffer ne soit pas diminuée, car celui-ci doit conserver toute son intensité vivante.

C'est presque de l'*asepsie* que nous avons à faire, surtout dans les *greffes par restitution* et dans les *greffes autoplastiques*. Dans les *greffes hétéroplastiques* le sujet d'emprunt devra présenter toutes les garanties d'antécédents non pathologiques, pour ne pas avoir à faire une antisepsie rigoureuse et intense.

Nous croyons qu'une solution capable de détruire le bacille de Koch dans le périoste d'une dent d'emprunt détruira sûrement toute la vitalité de cette membrane et nous ne ferons plus une *greffe*, mais une *implantation* dans un alvéole frais. Nous ne savons pas, il est vrai, si le bacille de Koch a été trouvé dans le périoste dentaire, mais la chose est possible.

Par contre, dans les implantations, l'antisepsie la plus parfaite et la plus intense pourra et devra être faite sur la dent sèche puis-

qu'on n'a pas à craindre pour sa vitalité et qu'on ignore presque toujours sa provenance.

Dans l'alvéole, qu'il soit naturel ou artificiel, l'antisepsie très sérieuse est de rigueur, quoique nous ne soyons pas partisan des solutions fortes.

ANESTHÉSIE.

L'anesthésie dans la greffe est, à notre avis, une mauvaise chose, surtout les injections intra-dermiques, comme la cocaïne. En effet cela diminue la résistance vivante des tissus et nous devons chercher le contraire. Les cellules sont toujours atteintes par ce poison et cela peut être la cause d'un insuccès.

Nous préférerions en tous cas les réfrigérants, sans pousser leur action jusqu'à la mortification des tissus, et une simple *congélation*. Cependant l'extraction pure et simple donnera de meilleurs résultats.

Dans l'implantation, ce n'est plus la même chose et les anesthésiques locaux pourront être employés avec de réels bénéfices au point de vue de la douleur. Nous n'avons pas à craindre en effet leur action sur l'organisme entier, mais simplement sur la portion de cet organisme qui va se trouver momentanément séparée.

DURÉE DU PÉRIOSTE D'UNE DENT EXTRAITE.

Le temps pendant lequel le périoste est susceptible de reprendre ses connexions vitales est très limité. Magitot nous dit de quatre à six heures ; nous estimons que ce sont là des *maxima* et qu'on ne doit pas autant qu'il est possible attendre si longtemps. Il faut songer que plus nous nous éloignons du moment de l'extraction, plus nous trouverons la vitalité du périoste diminuée.

CONDITIONS PHYSIQUES DU SUJET OPÉRÉ.

Le sujet qui aura à supporter une greffe ou une implantation devra être indemne de diathèses graves et ne pas être en convalescence d'une maladie mettant l'organisme en état d'infériorité. Chez la femme, il ne faut pas opérer au moment des menstrues.

Devant toujours craindre une ostéite dans ces cas, il sera bon d'attendre le moment opportun. Pour la simple greffe, que le sujet ne soit pas dans un moment d'affaiblissement.

Pour la greffe hétéroplastique, être très circonspect.

Jamais d'implantation chez ces sujets.

SUJET D'EMPRUNT.

Dans la greffe d'emprunt, sérieux examen. L'individu prêteur doit être absolument indemne de diathèse (tuberculose, syphilis) et ne doit pas sortir d'une maladie à forme infectieuse.

CHOIX DES DENTS.

Dans le cas où une implantation serait décidée, dans un alvéole naturel ou artificiel, le choix de la dent devra se porter sur

la plus calcifiée. La résistance à la pénétration par les cellules osseuses sera peut-être plus grande, mais les résultats éloignés seront meilleurs.

OBTURATION DE L'APEX.

L'apex de la racine doit être le moins possible touché, et lorsqu'on n'aura pas eu à sectionner la racine, il faudra même se garder d'élargir le foramen. La pulpe, enlevée par la couronne, sera remplacée par l'ouverture pratiquée sur celle-ci par de la gutta-percha d'après le procédé que nous avons indiqué.

Nous rejetons toutes les autres façons d'obturer l'extrémité apicale qui demandent une certaine préparation de cette partie qui doit rester intacte le plus possible.

ALVÉOLE.

Dans une extraction déterminée par une maladie chronique ayant résisté à tout traitement, dès qu'on remarque que l'alvéole est atteint, il ne faut pas hésiter à le réséquer. Si la dent qu'on veut implanter ou greffer ne peut, par son volume, sa longueur ou sa forme, pénétrer dans l'alvéole, il faut se faire de la place dans celui-ci, mais respecter la dent.

En résumé la greffe proprement dite consiste dans la reprise des connexions vitales. L'implantation ne consiste que dans une rétention plus ou moins mécanique, un enkystement. La vie ne continue pas dans l'organe implanté.

Cette opération est à peu près semblable à l'implantation des corps neutres, tels que racines métalliques (or, platine) ou minérales (porcelaine), avec cette différence que ces substances ne peuvent être pénétrées par le tissu osseux, qu'elles lui offrent plus de résistance, partant qu'elles exigent un meilleur terrain, et ne sont que serties par l'os.



SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance de démonstrations pratiques du 11 octobre 1896.

Le dimanche 11 octobre, une séance de démonstrations a eu lieu dans la salle de clinique de l'Ecole dentaire de Paris. Nombre de nos sociétaires de Paris et des départements assistaient à cette réunion.

Avec une grande compétence, M. Grosheintz, chirurgien-dentiste à Bâle, a appliqué à l'insensibilisation de la dentine hyperesthésiée et de la pulpe dénudée la méthode thérapeutique connue sous le nom de *Cataphorèse*, ou moyen de faire pénétrer une substance

médicamenteuse dans la profondeur d'un organe par l'application d'un courant électrique. M. Grosheintz se sert de la solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e ; il met l'électrode négative dans la main gauche du patient et la positive, se terminant par une sorte de petit bouton de platine, dans la cavité de la dent cariée. Dans tous les cas, la digue est placée autour de la dent et celle-ci bien séchée. Afin d'obtenir une plus grande surface soumise au courant électrique, M. Grosheintz tapisse les parois de la cavité avec un disque de peau de chamois, de dimension convenable et imprégné d'une solution de chlorure de sodium. Le bouton de platine ne doit pas être appuyé contre les parois de la cavité, mais comme tenu en suspension et aussi rapproché du disque qu'il est possible, afin que l'absorption soit également répartie sur toute la surface de la carie.

C'est ce même disque qui est porteur de la solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e.

Pour obtenir l'insensibilisation de l'ivoire, il est fait usage d'un courant très faible, quelques dixièmes de milliampère ; pour l'anesthésie de la pulpe, à fin de pénétration dans la chambre pulpaire, la force du courant est un peu augmentée.

Sans vouloir porter atteinte à la méthode nouvelle, dont l'application présente le plus grand intérêt et dont les effets ne peuvent être mis en doute, nous croyons qu'elle est loin d'avoir franchi sa dernière étape dans la voie du progrès ; mais, étant donné les résultats déjà très remarquables que nous avons été à même de constater, nous exhortons notre distingué démonstrateur à poursuivre ses recherches et nous engageons vivement nos confrères à étudier également cette curieuse et précieuse propriété de la cataphorèse.

Le temps d'application nous a paru un peu long et nous sommes persuadé que, s'il pouvait être notablement diminué par l'emploi d'un courant plus fort ou d'une solution anesthésique plus active, plus efficace ou susceptible d'être plus vivement absorbée, ce mode d'opération aurait rapidement conquis tous nos suffrages.

J. D'ARGENT.

LE PREMIER CONGRÈS DENTAIRE EN RUSSIE.

Par M. MENDEL JOSEPH.

Le premier Congrès des médecins-dentistes russes vient d'avoir lieu à l'Exposition nationale de Nijni-Novogorod. C'est là un événement considérable aux divers points de vue scientifique, moral et social et qui constitue la première manifestation vitale réelle de la corporation des dentistes en Russie.

Plus de 80 membres ont répondu à l'invitation du Comité d'organisation, mais 54 seulement ont pu assister aux séances du Congrès. Le Comité d'organisation tenait sa dernière session le 9 (21) juillet

sous la présidence de M. Volter au siège même du Congrès et, après avoir arrêté les dispositions définitives concernant l'ordre des discussions, il choisit une commission de 4 membres chargée d'examiner les communications et de procéder à leur classement.

Cette commission, composée de M. Sinitzin, le sympathique directeur du journal odontologique russe, de MM. Limberg, Kovaleff, et Fischer, décida, vu le nombre relativement restreint des congressistes, de ne point diviser les travaux en sections.

La séance inaugurale eut lieu le 10 juillet sous la présidence de M. Limberg, élu président à l'unanimité des congressistes.

Les travaux du Congrès durèrent trois jours.

Parmi les communications qui ont attiré le plus l'attention il faut signaler celles de M. Riabkoff intitulées : 1° *Moyen combiné de l'extraction dentaire* ; 2° *Action de l'acide arsénieux sur la pulpe dentaire ;* celles de M. Fischer : 1° *L'honorabilité professionnelle ;* 2° *Nécessité d'organiser l'inspection régulière des dents des écoliers et utilité des données statistiques sur les dents* ; celle de M. Totyen, *La réimplantation dentaire ;* celle de M. Volter : 1° *L'honorabilité professionnelle* ; 2° *Projet d'organisation de Sociétés d'Odontologie en province* ; de M. Dobkovitet : 1° *Les hémorrhagies alvéolaires* ; 2° *Contribution à l'étude de l'obturation des dents ;* de M. Freidkine : *Hygiène des dents des enfants en bas âge* ; de M. Citrine : *Exercice illégal de l'art dentaire en Russie* ; de M. Kovaleff : 1° *Application de l'électricité à l'art dentaire* ; 2° *Confection des couronnes.*

Il a été décidé que le 2e Congrès d'Odontologie aura lieu à Saint-Pétersbourg en juillet 1899.

(Extrait du *Zubovrachebny Vestnik*)

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE.

Assemblée générale annuelle.

Nous avons publié dans notre dernier numéro un compte rendu sommaire de l'assemblée générale annuelle de l'Association dentaire britannique d'après lequel on a pu voir que cette Société avait voté et envoyé une adresse à l'occasion de la mort de P. Dubois. Voici les termes dans lesquels le vote a eu lieu, d'après le procès-verbal publié par le *Journal of the british dental Association.*

Le Président. — Je dois vous informer, Messieurs, que le Président du Congrès dentaire national actuellement réuni à Nancy a eu l'amabilité de nous adresser un télégrammes de félicitations et de souhaits et que nous y avons répondu comme il convenait.

M. G. Cunningham. — Je désirerais savoir s'il y avait dans la réponse qui a été adressée quelques mots de sympathie pour la perte que le Congrès national a faite dans la personne de son premier président, M. Paul Dubois, qui, vous devez vous en souvenir, se trouvait au Congrès de Brighton. Un des résultats de sa visite parmi nous fut qu'il s'en retourna sans son pays avec le désir de

fonder une Société semblable à la nôtre. Après quelques années d'efforts il y réussit et fut élu président de cette Société. Pendant la durée de cette présidence il périt prématurément, victime d'un accident, tout à fait à la fleur de l'âge. Il fut le premier — s'il peut être donné à un homme de créer une grande œuvre — qui réussit à réunir le premier Congrès dentaire international indépendant. Quelques-uns d'entre nous l'ont connu et ont pu apprécier son œuvre; aussi je pense qu'il serait gracieux de notre part — et je sais que cet acte serait hautement apprécié — d'envoyer l'expression de notre sympathie à nos collègues de France pour la disparition subite de l'un de leurs meilleurs et de leurs plus actifs travailleurs, j'ai nommé Paul Dubois.

M. Coxon. — Etant l'un de ceux qui allèrent au Congrès de Paris, je puis témoigner de la courtoisie dont fit preuve M. P. Dubois à l'égard de tous les membres et c'est avec grand plaisir que j'appuie la proposition de M. Cunningham.

La proposition est adoptée (Le soin de rédiger l'adresse est laissé au comité exécutif).

L'Association a reçu depuis la réponse suivante : Président Congrès dentaire Londres. Chargé par membres Congrès français de répondre à votre excellente dépêche, vous adresse sincères remercîments pour bon souvenir à Paul Dubois. — Choquet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

EXPOSITION UNIVERSELLE ET CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a, dans sa dernière séance, procédé à la nomination d'une commission chargée d'étudier la participation de l'Ecole et des divers groupes professionnels qui s'y rattachent à l'Exposition universelle de 1900 et au Congrès dentaire international projeté pour la même année.

De son côté, le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a désigné 5 membres pour s'adjoindre à leurs collègues.

Enfin la Société d'Odontologie a, dans sa réunion du 13 de ce mois, nommé 5 membres également.

La commission d'études se trouve actuellement composée de 15 membres ; elle commencera prochainement ses travaux. Nous publierons la liste de ses membres aussitôt qu'elle sera constituée définitivement.

LA QUESTION DES PATENTES.

Le président de l'Association générale des dentistes de France a adressé à la commission des patentes les vœux suivants conformes à ceux exprimés par le Syndicat des médecins de la Seine.

1° Que la patente des dentistes, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants; il est injuste d'imposer plus lourdement celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse.

2° Comme conséquence, le dentiste qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce; l'enregistrement du diplôme donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ces domiciles.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS.

SEPTIÈME LISTE

MM.	Baüer	Nouvelle-Orléans	100 fr.
	Bonnard	Paris	50 »
	Arnold	—	20 »
	Quincerot	—	10 »
	Dr Paillasson	Lyon	10 »
	Pilloy	—	10 »
	Durand A	—	10 »
	Rouvier Denis	—	10 »
	Bonnaric Jules	—	20 »
	Rohmer Alphonse	—	20 »
	Dr Guillot	—	20 »
Indemnité de suppléance de cours (M. Lemerle)		—	30 »
M. Mathurin (par M. Lecaudey)			20 »
	Total		330 »
	Total des listes précédentes		20.082.50
			20.412.50

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE NANCY.

Audience de vacation du 25 septembre 1896.

Présidence de M. Barrabino.

EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE.

Elias S. ., dit Emile, 21 ans, dentiste à Nancy, comparaît pour contravention à la loi de 1892. D'après cette loi, tout individu qui

veut s'établir dentiste doit sortir de l'école dentaire de Paris[1]. Seuls les dentistes déjà établis avant la loi sont dispensés du diplôme. S... ne s'est établi qu'en 1893 et sans être diplômé.

Les explications du prévenu et de son avocat, Me Léon Lévy, sont les suivantes : S... s'intitulait « mécanicien-dentiste » et non « chirurgien-dentiste ». Il n'arrachait pas les dents, ne faisait pas d'opérations d'anesthésie, mais se bornait à fabriquer des dentiers après avoir pris l'empreinte sur la mâchoire des clients. Il n'y a pas là d'exercice de l'art dentaire. De bons renseignements sont fournis sur S... Le tribunal se montre indulgent à son égard et le condamne à 25 francs d'amende.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE L'ODONTOLOGIE.

LETTRE DE HONGRIE.

Par M. Henri Salamon, de Budapest.

Les dentistes hongrois. — L'Exposition dentaire millénaire — Le premier Congrès des médecins-dentistes hongrois. — Système d'enseignement dentaire. — Société stomatologique. — Société des médecins-dentistes. — Société centrale odontologique. — Soirées du vendredi. — Cataphorèse.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je crois que vous trouverez bien naturel qu'une lettre de Hongrie s'occupe en première ligne de notre Exposition millénaire, notamment de la partie de cette grande foire nationale qui nous intéresse ici le plus, avec l'exposition des dentistes hongrois.

Mais cette expression *dentistes hongrois* exige quelque commentaire, car en Hongrie nous n'avons pas de *dentistes* ; ce que nous avons, ce sont des *médecins-dentistes* et des *mécaniciens-dentistes.* Les premiers, en possession d'un diplôme de *Doctor medicinæ universæ*, peuvent se livrer à la pratique de l'art dentaire, parce que la loi considère la dentisterie simplement comme une branche de la médecine générale de même que l'ophtalmologie, la rhinologie, l'otologie, etc.; cependant la dentisterie est en même temps une autre chose pour laquelle le diplôme de l'Université ne donne aucune qualification, et l'Etat ne se soucie nullement de cette anomalie.

Les mécaniciens sont chez nous en relations directes avec les patients, ils ont leurs heures de réception, il leur est permis de prendre des empreintes de la bouche, de faire des dentiers, mais en même temps la loi leur défend rigoureusement d'exécuter la

---

1. *Le Progrès de l'Est*, auquel nous empruntons cette information, commet là une erreur que nos lecteurs rectifieront facilement.

plus petite *opération* dans la bouche, par exemple de limer le chicot d'une racine nécrosée, qui s'élève au-dessus du bord de la gencive.

Imaginez-vous donc comment il est possible de fabriquer les dents artificielles et de les insérer dans la bouche, quand il est défendu de procéder aux opérations préliminaires nécessaires. L'Etat force ainsi une catégorie de citoyens à violer la loi, car ce qu'il permet d'un côté, il le défend de l'autre. Montesquieu a oublié de parler dans *L'esprit des lois* de l'art de naviguer entre les écueils d'une telle loi.

Après cette petite digression je reviendrai à l'Exposition dentaire, qui est certainement plus remarquable par ce qui lui manque que par ce qu'elle contient ; mais c'est bien la conséquence naturelle de la situation absurde et déraisonnable que nous venons de dépeindre avec exactitude. Lorsque l'Etat, les sociétés et les corporations, la science, l'art, l'industrie et le commerce se sont réunis pour créer cette œuvre monumentale, dont le but est de démontrer à tout le monde que la nation hongroise occupe une situation honorable à côté des autres peuples civilisés de l'Europe, qu'est-ce que les *dentistes* hongrois ont produit dans cette occasion exceptionnelle ?

Dans un corridor du pavillon de l'hygiène, de chaque côté nous rencontrons des vitrines contenant les travaux exposés par quatre ou cinq médecins-dentistes et à peu près par une douzaine de mécaniciens. C'est tout. Vous allez me demander où est la section dentaire de l'Université royale de Budapest et particulièrement de plus de cent médecins-dentistes formés par cette Université. Vous la chercherez en vain ; il n'y en a pas, car ces médecins-dentistes n'ont rien à dire, rien à démontrer. Cela suffit, c'est caractéristique, car cela prouve incontestablement que notre système actuel d'enseignement professionnel est absolument faux. Des docteurs en médecine, qui ont consacré la partie la plus précieuse de leur vie à des études théoriques développant principalement les capacités mentales, ne peuvent pas devenir en un clin d'œil des dentistes, c'est-à-dire des hommes qui n'ont pas seulement besoin à un certain degré des sciences médicales, mais aussi d'un perfectionnement technique, artistique et industriel.

Les études médicales générales ne laissent pas le temps, ne donnent pas le moyen de développer ce côté. La dentisterie se compose, c'est incontestable, de deux parties *équivalentes* : la science et l'art ; or, si l'Université ne peut prétendre former des spécialistes : chirurgiens, oculistes, orthopédistes, accoucheurs, etc., mais seulement des *médecins*, combien n'est-il pas déraisonnable d'exiger qu'elle forme des spécialistes qui sont en même temps médecins, artistes et industriels ? La logique la plus bornée ne peut tirer qu'une seule conséquence de ces faits : si le dentiste a besoin au même degré de la médecine, de l'art et de l'industrie, eh bien, qu'on crée des écoles spéciales où cette trinité d'exigences puisse se rencontrer dans un système harmonieux.

Chez vous, en France, la question est tranchée, car la loi sur l'exercice de la médecine de 1892 a réglementé ainsi l'art dentaire ;

mais chez nous, cette simple vérité ne peut pas encore renverser victorieusement les barrières élevées par l'orgueil, la suffisance et l'entêtement.

Si déjà le résultat négatif de l'Exposition dentaire a témoigné suffisamment qu'il faut chercher la cause de cette situation fâcheuse dans le système adopté chez nous, l'issue du premier Congrès des médecins-dentistes hongrois tenu du 28 au 30 août peut confirmer encore notre opinion que ce sont exclusivement les écoles professionnelles spéciales qui peuvent et doivent former les dentistes futurs.

Si nos dentistes les plus célèbres ont été absents du Congrès, certes la faute en est au Comité d'organisation, qui a brusqué ceux qui ont le plus de mérite. C'est ainsi qu'il est arrivé par exemple qu'un de nos célèbres professeurs dentistes démontrait, pendant que le Congrès était tenu à Budapest, dans une assemblée à Vienne les plus récents progrès de la science dentaire.

120 médecins-dentistes de la Hongrie étaient réunis à Budapest. C'est vraiment là un résultat brillant si nous nous rappelons que le Congrès national de Bordeaux ne comptait que 145 dentistes, quoique le nombre de ceux-ci en France surpasse cinq fois celui de la Hongrie. Et malgré ce succès extraordinaire et inattendu, qu'est-ce que prouve ce premier Congrès des médecins-dentistes? D'une part que les communications et les démonstrations les plus remarquables furent faites par les membres étrangers, savoir par les Allemands et les Suisses, c'est-à-dire par des dentistes sortis des écoles spéciales; d'autre part qu'entre les dentistes hongrois qui ont présenté les choses les plus méritoires l'un était, il n'y a pas encore longtemps, mécanicien, plusieurs sont des *American dentists* ou D. D. S. et les autres sont aussi des étudiants des écoles étrangères. Mais sur plus de cent docteurs, élèves de la section dentaire de l'Université de Budapest, aucun n'a joué de rôle actif au premier Congrès dentaire hongrois! Cela prouve clairement que notre système d'instruction dentaire est absolument mauvais. Pourtant ne commettons pas la faute d'imputer cette situation aux individus, car le mal se cache dans ce système qui divise brutalement l'art dentaire indivisible en deux parties très inégales et confie l'exercice, d'une part, aux docteurs diplômés qui ne possèdent par les connaissances techniques nécessaires et, d'autre part, aux mécaniciens qui possèdent certainement l'habileté manuelle et technique, mais n'ont pas la préparation scientifique qui est également nécessaire.

De ce que nous avons des docteurs qui sont excellents dentistes, cela ne prouve rien contre les idées développées ci-dessus, car le plus mauvais système peut produire les plus excellents résultats, mais on ne doit pas généraliser ce qui est l'exception, et puis n'est-ce pas une grande erreur pédagogique que de baser un système d'enseignement sur les capacités des individus extraordinaires et non sur des capacités moyennes?

Quelques mots encore sur la vie sociale.

Le 15 avril s'est constituée au sein de l'Association royale des

médecins une section stomatologique sous la présidence du professeur Arkövy. Comme on le sait, la première société stomatologique fut fondée par Magitot à Paris, la seconde est l'*Academy of stomatology*, de Philadelphie, la troisième est celle de Budapest, qui commencera ses travaux cet hiver.

L'Association des médecins-dentistes de Budapest ne s'occupe que des intérêts professionnels : ainsi la science est l'objet exclusif de la Société centrale odontologique hongroise ; mais depuis quelque temps cette Association est demeurée inactive.

Enfin permettez-moi de vous signaler les réunions de quelques médecins et dentistes, qui ont lieu ordinairement chez le professeur Iszlaï. Ces *soirées du vendredi* sont toujours intéressantes et instructives, et particulièrement celle du 22 août, où M. Iszlaï démontra pour la première fois les appareils perfectionnés par lui qui servent à la cataphorèse et la cataphorèse elle-même.

La pulpe excessivement douloureuse d'une troisième molaire inférieure fut anesthésiée, ce qui n'exigea que vingt minutes, puis il l'extirpa aussitôt sans que le malade souffrît la moindre douleur. Le perfectionnement de M. Iszlaï s'étend aussi bien à la batterie qu'aux électrodes et surtout au rhéostat qui permet, grâce à cette modification, de commencer avec un courant imperceptible et de l'augmenter par degrés jusqu'à ce qu'il ait l'efficacité nécessaire. Je viens d'apprendre qu'une maison de Vienne construit déjà ces appareils selon les dessins de M. Iszlaï. Pour produire l'anesthésie cataphorétique, M. Iszlaï emploie une solution de gaïacol-cocaïne à 30 0/0 et à présent il essaie l'eucaïne, ce nouveau médicament ; mais ceci déjà réservé pour une autre soirée de vendredi.



LIVRES ET REVUES

Par M. le Dr Maurice Roy.

Etude sur les calculs salivaires du canal de Wharton, par M. le Dr Graille. Thèse de Paris, 1896.

Dans un travail très documenté l'auteur fait une revue assez intéressante de tout ce qui a été publié sur ce point particulier de la lithiase salivaire, dont il apporte trois nouveaux cas. Les points sur lesquels il insiste plus particulièrement sont la pathogénie et la symptomatologie de cette affection. En une critique méthodique, il repousse toutes les théories pathogéniques émises jusqu'ici, théories qui essayaient de trouver à cette lithogénèse une origine anatomique, physiologique, physique, chimique, nerveuse, mécanique ou diathésique ; il rejette, en particulier, la théorie du professeur Richet, qui admettait que les calculs se développaient par strates successives autour d'un noyau formé de particules très ténues de tartre dentaire ayant pénétré dans le canal de Wharton et jouant

à le rôle de corps étranger. L'auteur rejette cette ingénieuse explication comme toutes les autres proposées, lui reprochant de ne pas s'appuyer sur des examens chimiques concluants et de ne pas expliquer tous les cas; il donne la préférence à une théorie déjà émise pour la pathogénie de la lithiase urinaire, laquelle repose sur la tendance des sels minéraux à se combiner avec les matières organiques, dans les points où les matières organiques sont préalablement altérées ou mortifiées par l'une quelconque des causes anatomique, physiologique, chimique, etc., que les auteurs des théories précédentes donnaient comme suffisantes pour expliquer la formation des calculs salivaires.

D'autre part, sur le chapitre de la symptomatologie, l'auteur, outre les autres symptômes bien connus, note particulièrement, comme signe physique, la présence presque constante d'une tumeur à la région sus-hyoïdienne, et, comme signe fonctionnel, les douleurs lancinantes ou *coliques salivaires*, dont le mécanisme est le même que celui des coliques hépatiques, néphrétiques et appendiculaires.

Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques, par M. le Dr Fortin, Thèse de Paris 1896.

Nous ne parlerons pas de l'étude clinique des malformations et dystrophies dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques, que l'auteur, à l'exemple de Parrot, divise en altérations primitives ou immédiates et en altérations secondaires. La partie intéressante de ce travail est dans la pathogénie de ces altérations, la question se posant de savoir si la syphilis à elle seule peut produire ces malformations et comment elle les produit.

Les auteurs s'accordent à les faire dériver d'un trouble nutritif ayant atteint l'individu au moment de l'évolution dentaire, qui est précisément l'époque où la syphilis héréditaire exerce son action sur la dentition. Mais en ce qui concerne les troubles de l'état général qui en seraient la cause initiale, l'accord est loin d'être fait, et l'on a accusé tour à tour les fièvres éruptives, la coqueluche, les convulsions (Magitot), le rachitisme, et enfin la syphilis; cette dernière opinion, défendue surtout par Hutchinson et Parrot, a été adoptée par nombre d'auteurs.

La syphilis héréditaire pouvant produire ces altérations dentaires, reste à savoir si elles lui appartiennent exclusivement et si elles en constituent des signes pathognomoniques. Bien peu d'auteurs soutiennent encore cette opinion démentie par un grand nombre de faits, et notamment la constatation faite, par Mme Sollier, chez les idiots et les arriérés, de la plupart des malformations et dystrophies des hérédo-syphylitiques [1]. En revanche certaines

1. Mme Sollier, *Etat de la dentition chez les enfants idiots et arriérés*. Thèse de Paris, 1887.

de ces altérations dentaires seraient, suivant certains syphiligraphes, produites exclusivement par la syphilis : en particulier la malformation des incisives médianes supérieures, connue sous le nom de dent d'Hutchinson, quand elle se présente avec son triple caractère de convergence, de concavité du bord libre et de convexité des bords latéraux, serait pathognomonique de la syphilis héréditaire. On a présenté plusieurs observations dans lesquelles ce signe se serait trouvé en défaut ; mais la dent d'Hutchinson, avec ce triple caractère, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement, et quand elle existe, elle présente une valeur diagnostique très importante, sinon absolue. Pour ce qui est de la valeur des autres malformations dentaires, en particulier de celle, si contestée, de l'érosion, il faudrait, pour l'établir sur des bases solides, fixer nettement leur fréquence dans la syphilis héréditaire et dans les autres affections, par un pourcentage basé sur des statistiques, qui sont malheureusement très difficiles, sinon impossibles à dresser.

Étude expérimentale sur les divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes, par M. le Dr A. Hugenschmidt, Thèse de Paris 1896.

C'est un fait reconnu de tout temps que les opérations pratiquées sur la cavité buccale, même dans des conditions d'antisepsie insuffisantes ou nulles, ne s'accompagnent pas d'ordinaire de complications infectieuses graves.

M. le Dr Hugenschmidt, dans sa thèse inaugurale, a cherché à expliquer quelques-unes des causes de cette immunité relative que présente, contre l'infection, la cavité bucco-pharyngée.

Depuis les recherches de Sanarelli on s'accordait à considérer la salive comme la principale cause d'atténuation de la virulence des nombreuses espèces microbiennes qu'on rencontre dans la bouche. Ce liquide, d'après les expériences de cet auteur, était doué de propriétés bactéricides notables.

Miller (de Berlin) nia formellement ces propriétés bactéricides, attribuant l'immunité relative de la cavité buccale à un pouvoir de résistance tout spécial de la gencive.

En présence de ces opinions contradictoires, l'auteur a cherché à vérifier ce pouvoir bactéricide à l'aide d'une série d'expériences dans lesquelles il ensemençait une anse de platine de la culture de divers microbes dans du bouillon de culture stérilisé dans lequel il introduisait de la salive filtrée.

De ces expériences il résulte que l'action bactéricide de la salive paraît des plus problématiques. M. Hugenschmidt n'a jamais pu la constater d'une façon bien évidente sur aucun des microbes employés, le staphylocoque et la torula exceptés, et encore à un très faible degré.

Dans des cas nombreux, les microbes introduits dans la salive poussent rapidement et l'atténuation apparente qu'on observe

parfois, au début, dans leur développement s'explique par le transport trop brusque d'un milieu à un autre qui s'oppose au développement de la bactérie en raison de phénomènes osmotiques.

La sécrétion salivaire a néanmoins un rôle considérable dans la protection buccale ; c'est elle, en effet, qui, par son action mécanique, dilue les bactéries, les agglutine et les entraîne de la cavité pharyngée dans l'estomac, où elles subissent l'action destructive du suc gastrique. Toutefois l'auteur commet une petite erreur quand il dit que la salive entrave les fermentations *en raison de sa réaction alcaline*. Cette réaction, en effet, les favorise plutôt qu'elle ne les empêche.

Si la salive n'a pas de propriétés microbicides, il n'en est pas de même, suivant le Dr Hugenschmidt, pour le mucus buccal ; toutefois il avoue qu'il ne peut s'appuyer sur des expériences concluantes pour appuyer son dire ; ce n'est là qu'un raisonnement par analogie avec ce qui existe pour le mucus des cavités nasale et vaginale.

On aurait pu penser que le sulfocyanure de potassium contenu dans la salive avait une action antiseptique ; notre confrère s'est livré à une série d'expériences pour contrôler ce fait et il arrive à cette conclusion que le sulfocyanure de potassium, dans les proportions où on le rencontre dans la salive, exerce une action des plus contestables, sinon absolument nulle, comme antiseptique salivaire.

Ces différentes causes écartées, il fallait donc chercher d'un autre côté pour expliquer l'innocuité relative des infections buccales ; aussi M. Hugenschmidt s'est-il livré à une série de nouvelles expériences desquelles il résulte que le rôle le plus important dans la protection de la cavité buccale est dévolu à la phagocytose.

Les leucocytes polynucléaires, ceux qui sont doués au plus haut degré des propriétés phagocytaires, se rencontrent en grand nombre dans le derme sous-jacent aux muqueuses de revêtement et leur nombre semble particulièrement important dans la bouche. La leucocytose, c'est-à-dire l'acte nécessaire à la phagocytose, est donc un acte physiologique qu'on observe facilement dans la cavité bucco-pharyngée.

Les leucocytes, comme on le sait, sont doués de propriétés chimiotactiques, c'est-à-dire qu'ils sont attirés par certaines substances ou repoussés par d'autres. Appliquant donc à la salive les expériences faites par Pfeiffer et par MM. Massart et Bordet sur d'autres substances, l'auteur a constaté que ce liquide exerce une action attractive sur les leucocytes, et cette action, qui n'est pas due à la salive elle-même, puisqu'on ne l'obtient pas avec la salive filtrée, est d'autant plus active que les microbes sont plus nombreux.

Donc, en raison de ces propriétés, lorsqu'une plaie se produit dans la bouche, la salive favorise l'afflux rapide des leucocytes, et ces éléments protecteurs s'emparent des différents microbes présents dans la cavité buccale et les réduisent à néant, ce que prouve M. Hugenschmidt à l'aide d'une expérience très concluante.

La salive de l'animal contient des cocci, mais on n'y trouve pas de chaînettes streptococciques. Il introduit quelques gouttes d'une

culture virulente de streptocoque dans la bouche d'un cobaye porteur d'une plaie bien nettoyée au préalable. Quatre heures plus tard il râcle légèrement la surface de cette plaie et y recueille ainsi un exsudat riche en leucocytes et, dans quelques-unes des cellules, il trouve des chaînettes streptococciques analogues à celles qui peuplent la culture. Le lendemain, la plaie est en pleine voie de cicatrisation.

M. Hugensmidt conclut donc de ses expériences que la résistance des tissus constituant les parois buccales vis-à-vis des agents microbiens si abondants dans la bouche est due à l'énergie de la phagocytose, fonction générale, mais favorisée ici d'une façon toute spéciale, grâce à la constance de l'attraction exercée sur les leucocytes par les produits microbiens présents et dissous dans la salive A la phagocytose viennent s'ajouter l'atténuation de la virulence des germes par le mucus et le sérum transsudé, la desquamation épithéliale incessante qui se produit à la surface des muqueuses et qui entraîne un grand nombre de bactéries dans l'estomac où elles seront détruites, enfin, comme l'avait déjà fait remarquer M. Mendel Joseph, la diminution du nombre des espèces microbiennes par la concurrence vitale.

Ce travail, comme on le voit, est fort intéressant ; les idées qui y sont émises reposent sur des données solidement établies et sur une expérimentation consciencieuse ; il est l'œuvre d'un homme connaissant bien ce dont il parle et qui n'affecte pas, comme certains, d'ignorer toute une partie de la littérature professionnelle. M. Hugenschmidt ne rougit pas de citer les travaux de simples dentistes qui ont, eux aussi, étudié les questions qui le préoccupent et ce nous est une raison de plus de le féliciter de cette thèse.

M. R.

Nous avons reçu les *Transactions of the American Dental Association at the 35 th annual session held at Asbury Park* (Compte rendu de la 35e réunion annuelle de l'Association dentaire américaine, tenue à Asbury Park).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. — Gargarisme antiseptique contre les douleurs produites par la carie dentaire.

M. *Baradet* lit, au nom de M. *Gills*, médecin-chef de l'hôpital militaire de Briançon, une courte note sur un moyen de faire cesser les douleurs produites par la carie dentaire, moyen qu'il aurait employé dans une trentaine de cas depuis deux ans et toujours avec

un succès complet. Il suffirait, d'après l'auteur, de réaliser l'antisepsie buccale à l'aide du mélange suivant :

Eau bouillie chaude..............	4 parties
Liqueur de Van Swieten...........	1 —
Eau dentifrice quelconque	q. s. (comme correctif).

Après le premier gargarisme la douleur s'atténuerait visiblement et il ne serait même pas nécessaire d'aller jusqu'à trois gargarismes (en une heure environ) pour obtenir la cessation complète. Les jours suivants, il serait bon de prendre trois ou quatre gargarismes par 24 heures. Le résultat serait excellent, non seulement dans les caries à ciel ouvert, mais encore dans ces cas plus complexes où la carie est cachée sous un plombage mal appliqué et laisse filtrer jusqu'à la cavité l'air froid ou les parcelles alimentaires. M. Gills se demande si le sublimé ainsi employé a une action sur la carie et pourrait l'enrayer. Mais les expériences qu'il a pu faire ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'apporter une affirmation à cet égard.

II. — Anesthésie locale par l'emploi d'une solution chauffée de cocaïne.

L'anesthésie cocaïnique, telle qu'on la pratique actuellement, ne peut s'employer que dans les opérations de peu d'étendue : la cause en est dans la toxicité du produit injecté et dans le temps limité de l'anesthésie. La pratique de Reclus, qui injecte des doses successives d'une solution à 1 0/0, permet bien d'administrer 0,15 à 0,20 centigr. de cocaïne ; mais c'est une quantité maxima qui est loin d'insensibiliser un champ opératoire tant soit peu vaste; en outre, par le peu de diffusion dans la couche dermique, la zone indolore reste très étroite ; enfin il s'écoule toujours au moins cinq minutes avant que l'effet soit produit, de là de nombreuses difficultés quand il faut successivement anesthésier les couches qu'on traverse lors des opérations étendues.

A ces quelques inconvénients, qui restreignent l'emploi de la cocaïne, M. Tito Costa a trouvé remède en conseillant des solutions cocaïniques à une haute température (50° à 55°). Les avantages qu'on obtient sont multiples : 1° des solutions de cocaïne très faibles variant de 1/200 à 1/250 conservent un pouvoir anesthésique élevé, d'où possibilité de doubler le nombre des piqûres ; 2° l'anesthésie survient immédiatement ; 3° à titre égal et à quantités égales, la zone insensibilisée est manifestement peu étendue ; 4° pour une même dose les effets toxiques sont diminués de moitié.

Pour avoir sous la main la cocaïne à une température toujours égale M. Tito Costa emploie un petit appareil, une sorte de bain-marie, facile à construire soi-même. Il consiste en un récipient extérieur garni de feutre et portant un indice destiné à montrer le niveau de l'eau bouillante qu'on y verse. A l'intérieur de ce premier récipient et par conséquent plongeant dans l'eau bouillante, on adapte un second vase métallique, garni de ouate stérilisée dans lequel se placent un petit ballon plein de la solution de cocaïne, la

seringue et un thermomètre. Cinq minutes après avoir plongé le second récipient dans l'eau bouillante, la température intérieure s'élève à 55° et se maintient constante durant quatre heures environ, temps largement suffisant pour l'opération.

(*Bulletin médical.*)

III. — Le sanoforme.

MM. Galenek et Courant ont, les premiers, préparé ce médicament, qui est un succédané de l'iodoforme. Ce produit, qui se présente sous forme de poudre cristallisée, est sans odeur et sans saveur, assez soluble dans la vaseline, l'éther et l'alcool. Le sanoforme est en outre peu toxique, pas irritant, et il peut être employé avec grands avantages dans la grande et dans la petite chirurgie.

(*Indépendance médicale.*)

IV. — Action de la strychnine dans le collapsus chloroformique (Evenhoff, *Wratch*).

L'arrêt du cœur est une des causes les plus importantes du collapsus au cours de l'anesthésie par le chloroforme; la paralysie du centre vaso-moteur, provoquée par ce dernier, amène la chute rapide de la pression sanguine, et cette chute, en privant le muscle cardiaque de son excitant, est une des causes de l'arrêt du cœur. En se basant sur des expériences, le professeur Bobroff a proposé de faire, en cas d'affaiblissement du pouls au cours du sommeil chloroformique, des injections sous-cutanées de chlorure de sodium. Wood recommande de recourir, en cas de collapsus chloroformique, à la strychnine.

M. Evenhoff a fait des expériences sur la strychnine.

Après s'être assuré que les animaux choisis (chiens) supportaient très mal le chloroforme, on les curarisait, on leur pratiquait la trachéotomie et on introduisait dans le larynx un tube en communication avec un flacon qui contenait un peu de chloroforme. La respiration artificielle était faite de telle sorte que l'air passait par ce flacon et pouvait, à volonté, être chargé ou non de chloroforme. On notait la pression avant la chloroformisation, puis on injectait l'air chargé de chloroforme, et, quand la pression tombait à 0, on injectait de l'air pur et on faisait une injection intra-veineuse de strychnine (2 à 3 milligrammes). Lorsque la pression atteignait ensuite la normale, l'animal recevait de nouveau des inhalations de chloroforme jusqu'à une nouvelle chute. De cette façon, on pouvait comparer l'action du chloroforme avant et après l'injection de strychnine. Il résulte de ces expériences que, grâce à ces injections, les chiens, qui, en général, supportent le chloroforme assez mal, pouvaient le supporter sans inconvénient un temps beaucoup plus long que sans les injections. *L'action favorable de la strychnine sur la chloroformisation était donc ainsi démontrée.*

La strychnine a cependant aussi deux inconvénients: c'est, d'une part, la possibilité de pouvoir provoquer un accès tétaniforme;

l'autre est que la strychnine, à la dose employée par M. Evenhoff, augmenterait les hémorragies dans les parenchymes.

(*Union médicale.*)

V. — Moyen de distinguer le chlorhydrate de cocaïne du chlorhydrate d'eucaïne et de reconnaître le chlorhydrate de cocaïne additionné de chlorhydrate d'eucaïne (Vulpius).

L'excessive solubilité du chlorhydrate de cocaïne permet de le différencier du chlorhydrate d'eucaïne ; en effet, ce dernier sel exige 9 parties d'eau pour se dissoudre, tandis que le chlorhydrate de cocaïne se dissout dans moins de son poids d'eau.

Pour reconnaître le chlorhydrate d'eucaïne, qui peut être ajouté frauduleusemeut au chlorhydrate de cocaïne, à cause de son prix inférieur, Vulpius conseille de dissoudre 0 gr. 10 du sel suspect dans 50 centimètres cubes d'eau, et d'ajouter ensuite 2 gouttes d'ammoniaque ; si le sel de cocaïne est exempt d'eucaïne, le liquide reste limpide, même s'il se dépose des cristaux, tandis qu'il se produit un trouble laiteux dans le cas où le sel de cocaïne contiendrait du chlorhydrate d'eucaïne. (*Répert. de Pharmacie.*)

VI. — Vaccination contre le muguet ; modification du sérum.

M. Roger. — L'injection intra-veineuse d'un cent. c. d'une culture d'oïdium albicans provoque chez le lapin une maladie qui le tue en 5 ou 6 jours. En injectant peu à peu de petites doses de cette culture, on confère aux animaux une immunité notable leur permettant de supporter une dose double de la dose mortelle ordinaire.

Le sérum de ces animaux présente des caractères analogues à ceux du sérum des animaux vaccinés contre les maladies bactériennes. Ainsi, si l'on sème du muguet dans du sérum normal, on trouve au bout de 24 heures le liquide rempli de flocons épais et serrés ; au contraire le sérum de l'animal vacciné reste clair. Cependant la végétation se produit, mais elle est peu abondante et se présente sous forme de petits grains.

Le pouvoir végétatif de l'oïdium s'affaiblit tellement dans le sérum des animaux vaccinés que je n'ai pu faire de culture en série; le réensemencement est impossible.

A l'examen microscopique dans le sérum normal on trouve de beaux filaments et des formes en levure bien isolées ; leur protoplasma très colorable est entouré par une membrane à double contour. Dans le sérum des vaccinés les formes en levure sont également constituées par une masse protoplasmique ; mais, au lieu de la mince cuticule périphérique, on trouve une masse hyaline, parfois striée, à bords sinueux et mal délimités. Le plus souvent les levures sont agglomérées en amas de 15 à 30 éléments agglutinés et noyés dans la masse hyaline. Si l'on prend une culture d'oïdium sur agar ne renfermant que des éléments ovalaires et si on la mélange avec le sérum d'un animal vacciné, on voit peu à peu, parfois en une 1/2 heure, 3/4 d'heure, la membrane d'enveloppe se gonfler et petit à petit les éléments finissent par prendre l'aspect indiqué ci-dessus

des cultures faites dans du sérum de vacciné. Les modifications sont plus légères sur les éléments adultes que chez les jeunes. On peut donc rapprocher l'oïdo-mycose des affections bactériennes ; on peut vacciner les animaux dans les 2 cas et obtenir dans leur sérum des modifications analogues. L'organisme réagit donc de la même façon dans les deux infections.

(*J. de Clinique et de Thérapeut. infantiles.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE.

I. — Maladie de Fauchard.

M. Moty (médecin principal de l'armée). — D'après mes recherches, cette affection, qui entraîne la chute prématurée de dents saines en apparence, est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine.

La compression de la pulpe amène son atrophie et secondairement celle de l'alvéole.

La maladie de Fauchard serait ainsi la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l'économie ; on doit donc la classer dans les scléroses et abandonner l'hypothèse de « pathogénie microbienne ».

La trépanation de la cavité pulpaire proposée par M. Poinsot au Congrès dentaire de Chicago (1893) est parfaitement rationnelle, mais se trouve ordinairement contre-indiquée par l'état trop avancé des lésions au moment où les malades viennent consulter.

(*Bulletin médical.*)

II. — Mort par septicémie a la suite d'une extraction dentaire.

Port (*Münchener med. Wochenschrift.* 1895, n° 37) fait remarquer qu'étant donné la grande quantité de microorganismes qui pullulent dans la bouche, il est extraordinaire que les extractions dentaires ne soient pas plus fréquemment la source d'infections. Le livre de Miller n'en cite que 60 cas, dont la moitié environ se termina par la mort, tandis que l'autre moitié aboutit à la guérison après un temps plus ou moins long. La mort a généralement été causée par septicémie, pyohémie ou méningite.

Port raconte l'observation d'un homme de 22 ans, vigoureux et bien portant, auquel une personne inexpérimentée enleva avec la clef la première molaire inférieure droite. Cet individu fut pris de fièvre avec manifestations infectieuses et mourut en quatre jours.

L'autopsie révéla la présence, sous la moitié droite du maxillaire inférieur, d'un abcès gros comme un marron, qui fusait à travers les muscles du cou jusque dans le médiastin. Les deux cavités pleurales renfermaient 20 à 30 cc. de pus fétide brun jaunâtre ; la plèvre ne paraissait pas altérée. Le péricarde renfermait également un peu d'exsudat purulent.

L'examen bactériologique du pus recueilli au niveau de l'abcès démontra la présence de streptocoques nombreux associés à des diplocoques et à des bâtonnets. Les diplocoques étaient entourés d'une aréole claire et ressemblaient au microbe de la septicémie salivaire décrit par Milher.

Les mêmes microbes furent retrouvés dans le pus contenu dans la cavité thoracique.

Port termine en donnant aux personnes qui s'occupent d'extractions dentaires des conseils sur l'asepsie et l'antisepsie qu'elles doivent observer, conseils qui ne sont pas inutiles quand on songe à la négligence avec laquelle opèrent certains dentistes.

(*Journ. des connais. médicales.*)

III. — Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Poirier rappelle les tentatives qui ont déjà été faites par Horsley, Krause, Doyen pour extirper le ganglion de Gasser. Le procédé que M. Poirier propose aujourd'hui, après l'avoir expérimenté une fois sur le vivant et vingt-cinq fois sur le cadavre, n'a d'original que les deux derniers temps qui consistent dans la dénudation du ganglion et son mode d'arrachement.

En effet, M. Poirier commence par l'incision de Salzer, puis il continue par la résection du zygoma qu'on abaisse ensuite avec le masséter. On termine par la section du coroné et le relèvement du temporal pour tomber enfin dans la fosse temporale et la fosse ptérigoïdienne. On a alors devant soi le tronc du maxillaire inférieur ; on sectionne la base du crâne au pourtour du trou ovale, plutôt en haut qu'en bas. On relève le lobe temporo-sphénoïdal, on dénude la face supérieure du ganglion, puis sa face inférieure. Avec un ténotome courbe, on va couper le tronc du maxillaire inférieur et le tronc du maxillaire supérieur. On ne touche pas à la branche ophtalmique de Willis, car cela est difficile et dangereux. On arrache enfin le ganglion qui vient en grande partie, sinon en totalité, et l'on arrache aussi l'insertion protubérantielle du trijumeau.

M. Quénu. — Je m'étonne que M. Poirier n'ait pas mentionné le procédé que j'ai indiqué, il y a deux ans, pour la résection du maxillaire inférieur, procédé que M. Farabeuf a inséré dans son livre de médecine opératoire et qui a déjà donné des succès entre mes mains et entre les mains de deux de nos collègues. Mon procédé a de plus l'avantage de sectionner plus complètement le tronc du maxillaire inférieur et d'éviter les récidives. Je n'en veux pour preuve que le cas de ce malade chez lequel j'ai dû faire la section intra-cranienne du maxillaire inférieur, après m'être contenté d'une section extra-cranienne qui avait été sans résultats.

M. Chaput n'a fait que des recherches sur le cadavre et il pense que l'extirpation du ganglion de Gasser est difficile et dangereuse à cause des adhérences du ganglion et du voisinage du sinus caverneux avec les nerfs importants qui sont contenus dans sa paroi externe.

M. Terrier ne veut pas proscrire l'opération, mais il la considère comme difficile et incomplète ; il pense qu'on fait plutôt une résection du ganglion de Gasser qu'une véritable extirpation.

M. Poirier répond à M. Quénu qu'il connaissait son travail, mais qu'il ne l'a pas signalé parce qu'il ne voulait parler que des procédés opératoires s'adressant à l'extirpation du ganglion de Gasser et non à la résection du maxillaire inférieur.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

IV. — Société de chirurgie.

A propos du procès-verbal et de l'extirpation du ganglion de Gasser, la parole est donnée à M. G. Marchant. Il a opéré deux malades atteints de névralgie rebelle de trijumeau. Il a réséqué le nerf maxillaire

inférieur et a enlevé le ganglion de Gasser suivant le procédé de M. Quénu.

L'orateur décrit rapidement ce procédé et en montre les différents temps.

Voici le résumé des deux observations :

Dans la première, il s'agit d'une femme chez laquelle il y avait eu déjà deux névrotomies du nerf maxillaire inférieur. M. Marchant réséqua le ganglion de Gasser et la malade est aujourd'hui guérie.

Le deuxième fait a trait à un malade chez lequel les douleurs étaient intolérables. Plusieurs consultations avaient eu lieu et les avis étaient partagés. M. Marchant se décida à opérer, et voici les accidents que l'opéré traversa. L'ablation de la gaze iodoformée donna lieu à un coma de vingt-six heures dont le malade sortit. Il y eut des troubles considérables de la cornée, qui firent penser à l'énucléation de l'œil. En résumé, le résultat n'est pas bien favorable ; les douleurs ont peut-être diminué, mais elles existent encore, et il y a de la contraction de la mâchoire, due à la section du muscle temporal.

M. Marchant examine ensuite les faits sur lesquels on peut se baser pour prouver qu'on a bien enlevé le ganglion de Gasser. Est-ce la sensibilité ? Non, puisqu'elle ne disparaît pas complètement dans la zone du trijumeau. Est-ce l'examen de la pièce anatomique ? Il a enlevé le ganglion ou cru l'enlever ; mais l'examen histologique fait par M. Gombaud a prouvé qu'il n'y avait pas de traces de tissu nerveux. Dans les autres observations qu'il a pu vérifier, il n'a jamais rencontré d'examen histologique. M. Marchant demande donc qu'on apporte l'examen histologique dans les prochaines observations.

M. *Quénu* prend la parole pour dire qu'il y a une autre explication à donner pour la constriction de la mâchoire que celle de la section du muscle temporal. Il s'agit probablement de la section des nerfs masticateurs, qui amènent des lésions dans les muscles.

(*Union médicale.*)

V. — Emploi des rayons X en dentisterie.

Les dentistes d'Amérique ont trouvé une nouvelle utilisation des rayons X. Jusqu'à présent il n'était pas possible dans une foule de cas, notamment dans les parulies, de découvrir le siège du mal, et c'est ainsi que mainte opération douloureuse le devenait encore davantage lorsqu'on constatait que la dent malade était restée dans la bouche et qu'une dent saine avait été enlevée à sa place. C'est surtout dans les maladies de la racine, accompagnées de grandes inflammations qui rendent toutes les dents douloureuses, qu'il était difficile jusqu'ici, pour le dentiste comme pour le patient, de trouver la dent qui causait le mal. Avec l'aide des rayons X il est désormais facile d'éviter toute erreur à cet égard. Les dentistes américains les emploient dans tous les cas difficiles et chaque fois avec succès.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

VI. — Syncope fatale consécutive a l'extraction d'une dent.

H. M. Habbold se fit extraire dans la soirée du 13 juin 1896 une première molaire inférieure gauche. Elle s'évanouit immédiatement. On lui fit prendre du cognac, sans résultat, car une minute ou deux après elle tomba morte du fauteuil dans lequel elle avait été assise pendant le temps.

A l'autopsie qui fut faite deux jours après, on trouva un dépôt consi-

dérable de graisse sous-épicardiale ; les artères coronaires étaient normales, les deux ventricules pâles et mous, la paroi du ventricule gauche considérablement mince et anémiée, les papilles musculaires offrirent les stries caractéristiques de la dégénérescence graisseuse et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la syncope, car les autres organes étaient sains.

(*J. of the Brit. dent. Assoc.*)

VARIA

LES DENTS ET LE MAL DE DENTS AUTREFOIS. SUPERSTITIONS ET CROYANCES QUI S'Y RAPPORTAIENT.

Par M. James C Douglas.

En Angleterre, dans les comtés de Sussex et de Willt, on avait coutume autrefois de couper la patte d'une taupe vivante et de la promener autour d'une personne pour guérir celle-ci du mal de dents. La taupe et la souris étaient, en effet, suivant les astrologues, la personnification de l'étoile polaire qu'on prétendait avoir de l'influence sur la maladie et la douleur.

Il était très commun de promener autour d'une personne des paquets cachetés contenant des écrits d'un sorcier ou d'une sorcière. A Chelsea, au commencement du siècle dernier, une jeune femme avait un papier cacheté pour la préserver du mal de dents. Son pasteur la décida à l'ouvrir et on y trouva l'inscription suivante :

Bon diable, guéris la et prends-la pour la peine.

Dans le Hampshire du Nord, on enlevait souvent une dent à un mort pour la porter autour du cou, enveloppée dans un petit sac, afin de protéger contre le mal de dents ; mais Martius dit : « Quoique le contact de la dent d'un mort soit bonne pour le mal de dents, elle n'empêche pas le patient de perdre sa dent, à ce que rapporte Helmont. »

Le mal de dents dans le Norfolk était souvent appelé *le mal d'amour.*

Dans le comté de Lancastre, l'habitude de porter le charme suivant cousu à l'intérieur du gilet ou du corsage, du côté gauche, s'est conservé communément jusqu'à la fin du siècle dernier : « Comme saint Pierre était assis à la porte de Jérusalem, Notre-Seigneur et Sauveur Jésus-Christ passa par là et dit : Qu'as-tu ? — Pierre répondit : « Seigneur, j'ai mal aux dents. » — Le Seigneur reprit : « Lève-toi et suis-moi et tes dents ne te feront jamais plus mal. » — Fiat — Fiat — Fiat. »

Dans le Berkshire, c'est Bontron au lieu de Pierre.

Dans le comté de Sussex, la légende qui précède, inscrite dans

la Bible ou le livre de prières de la famille, constitue le charme.

La garde d'accouchée à Churcham (comté de Glocester) rinçait invariablement après le baptême la bouche de l'enfant avec un peu d'eau bénite comme préservatif contre le mal de dents.

Dans les Cornouailles, il y avait une habitude consistant à mettre en s'habillant la chaussette du pied gauche la première. La même habitude existait dans le Shropshire, tandis que dans le Sussex c'est le pied droit qu'on chaussait le premier.

Une autre coutume des Cornouailles, c'était de couper avec ses dents contre le sol la première fougère qu'on apercevait au printemps. On prétendait que cela non seulement guérissait le mal de dents, mais l'empêchait de revenir pendant l'année.

Dans le district de Sheffield, on croyait qu'il faudrait retrouver toutes ses dents le jour du jugement dernier, mais qu'on n'aurait pas besoin de présenter celles sur lesquelles on avait mis du sel et qu'on avait jetées dans le feu en disant : Bonne dent, mauvaise dent, mon Dieu, je t'en prie, envoie-moi une bonne dent.

Parmi les guérisons par transmission, Martius recommande, au cas où la douleur reparaît constamment, de se percer les gencives avec un morceau d'écorce — de saule de préférence — puis de rapporter le morceau teint de sang sur l'arbre et de le couvrir de boue. Un autre remède, conseillé par le même auteur, consiste à se frotter la partie avec le fémur d'un squelette.

Kenelm Digby recommande de « se piquer la gencive avec un clou de fer jusqu'à ce qu'elle saigne, puis d'enfoncer le clou teint de sang à la hauteur de la tête dans une traverse de bois. Cela fait, on n'aura jamais plus mal aux dents de sa vie. »

Marcellus recommandait au patient de cracher dans la bouche d'une grenouille et de prier celle-ci de lui enlever son mal de dents. Suivant Culpepper, un morceau de gui porté autour du cou est excellent pour le mal de dents.

Kirani dit : « Une médecine divine pour conserver les dents saines et solides, que je ne voudrais pas vous cacher, c'est celle-ci : « 1 once ou 8 cuillerées de jus de raisin, 1 once d'écorce de mûrier. Faites bouillir à moitié, lavez-vous la bouche 3, 5 ou 7 fois par jour avec la décoction et vos dents ne vous feront jamais mal. »

Autre prescription du même : « Enroulez un grain de sel dans une toile d'araignée blanche et placez-le dans la dent creuse, alors le mal de dents sera guéri. »

Jusqu'à ces dernières années, c'est un fait bien connu, on croyait que le mal de dents était causé par un ver. Cette opinion semble avoir été très répandue, car dans plusieurs langues l'expression *mal de dents* est synonyme de ver ou de bête. A Madagascar on dit du patient qu'il *souffre du ver* ; dans le langage de l'île de Man, on se sert du mot qui signifie bête ; en gaélique, ainsi que dans d'autres langues celtiques, du mot *ver*. La croyance qu'un ver est la cause du mal de dents existe encore dans certains endroits et était généralement répandue, même chez les gens instruits, à la fin du siècle dernier.

Parmi les nombreux remèdes curieux prescrits pour le traitement des dents, les plus intéressants sont les suivants : « Si un ver ronge la dent, prenez une vieille feuille de houx ou une des ombelles inférieures du chou de Hart et la partie supérieure d'une sauge; faites bouillir dans de l'eau, versez dans un bol et bâillez au-dessus ; les vers tomberont dans le bol. » — « Si un ver ronge une dent, prenez de l'écorce de houx ayant plus d'un an et de la racine de chardon, faites bouillir dans l'eau et conservez la décoction dans la bouche aussi chaude que vous pourrez. »

Un autre remède employé fréquemment contre les vers au XVII[e] siècle était le suivant : « Prenez de la farine de gland, de la graine de jusquiame et de la cire par parties égales, mélangez, introduisez le tout dans une bougie de cire et allumez celle-ci, laissez-la fumer dans votre bouche, mettez un chiffon noir au-dessous et les vers y tomberont. »

La *Médecine populaire de Folk* recommande le suivant : « S'il vous arrive d'avoir les dents tourmentées par de méchants petits vers qui s'y seraient formés, vous pouvez empêcher cette douleur en vous nettoyant les dents lorsque vous mangez. Faites brûler une essence odorante mélangée à de la jusquiame et de la graine d'oignon et, avec un entonnoir, amenez la fumée jusqu'à la dent creuse ; vous en éprouverez du soulagement. »

Dans certaines parties de l'Ecosse, le patient devait se rendre dans un cimetière et arracher avec ses dents une dent à un crâne. On dit que cette coutume existe actuellement dans certaines parties de l'Irlande. Un charmeur ou sorcier de Ricarton, comté d'Ayr, prétendait guérir le mal de dents en enfonçant simplement un clou dans la partie qui supportait le toit de sa maison. Quelques-uns disaient qu'il suffisait de l'enfoncer dans un chêne.

Dans le village de Glen Morin se trouve une grosse pierre appelée Clach Deide ; en y enfonçant un clou, on était, croyait-on, garanti du mal de dents pour l'avenir. On attribuait aussi une vertu curative au fait de prendre le premier clou dont on s'était servi pour clouer le couvercle d'un cercueil et de l'appliquer sur la dent malade.

Dans le comté d'Ayr on considère qu'en hachant et en chiquant de la racine d'iris jaune on a une panacée, tandis que certains recommandent de promener autour de l'individu une noisette double.

Dans beaucoup de districts, aux premiers signes qu'un enfant faisait ses dents, on faisait un gâteau avec de l'avoine, du beurre et de la crème, en y ajoutant quelquefois une bague ; il était cuit en présence de quelques voisins et sans que le préparateur prononçât un mot. Quand il était cuit, on le donnait à l'enfant pour qu'il s'en amusât jusqu'à ce qu'il fût brisé, après quoi on en mettait un petit morceau dans la bouche de l'enfant et chacun en emportait une petite portion. On supposait qu'il soulageait les douleurs de la dentition.

Dans le comté de Wicklow on avait l'habitude de piquer la gen-

cive 3 fois avec 3 fers à plisser, au nom de la Sainte Trinité, à l'endroit douloureux, jusqu'à ce que le patient s'évanouît.

Aubrey dit : « Les Irlandais emploient une canine de loup, montée sur l'argent, qu'ils considèrent meilleur que le corail, pour aider à la dentition, tandis qu'en Allemagne on se sert de cloches d'argent. »

En Allemagne, quand les enfants se cassaient des dents, les femmes avaient l'habitude d'entourer de sel le morceau et de le jeter dans un bon feu. D'après Cramer, dans certaines parties les femmes commandent à leurs enfants de prendre la dent tombée ou avulsée et d'aller la jeter dans un coin noir de la maison en disant : « Souris, je te donne une dent d'or ; à toi de m'en donner une de fer. » Une autre coutume consistait, dès qu'on voyait la première dent d'un enfant, à lui donner un soufflet sur l'oreille et on supposait que les autres dents perceraient plus facilement. Il en était de même si l'on donnait un œuf à un enfant la première fois qu'il entrait dans une maison, bien que certains prétendissent que cela le rendait plus bavard. On recommandait aux enfants de ne pas lécher les alvéoles de leurs premières dents, parce que les nouvelles auraient grandi tordues.

En Danemark, on considérait le sureau comme bon contre le mal de dents ou la fièvre. Pour que les deuxièmes dents d'un enfant fussent droites, on avait l'habitude en Roumanie d'enterrer les premières au pied d'un chêne droit. Pour guérir le mal de dents on faisait asseoir le patient à côté d'une fourmilière, il mâchait un morceau de pain noir et le crachait sur la fourmilière. Quand les fourmis mangeaient le pain, la douleur devait cesser.

Les puritains de la Nouvelle Angleterre n'étaient pas exempts de superstitions ; c'est ainsi qu'on prétendait qu'en mangeant tandis qu'une cloche tintait pour un mort ou un enterrement, on s'exposait au mal de dents. On croyait également que quiconque avait des dents fortement séparées devait aller chercher fortune dans un pays lointain. De plus, la première dent qu'un enfant laissait tomber devait être avalée par la mère pour assurer la naissance de nouvelles dents.

Les nourrices recommandaient aux enfants d'aller chercher et de porter des noisettes doubles comme préservatifs. Une nourrice, raconte-t-on, s'opposait vivement à ce qu'on jetât les dents d'enfants qui étaient tombées, parce que, si elles étaient trouvées et rongées par un animal, les nouvelles dents de l'enfant seraient comme celles de cet animal. Elle citait comme exemple un certain Simmons qui avait à la mâchoire supérieure une grosse dent de porc, parce que sa mère avait jeté une des siennes par mégarde dans la porcherie.

Les enfants portaient un collier de perles faites avec de la racine de pivoine pour aider la dentition et empêcher les convulsions.

Chez les Madégasses, il était d'usage, quand un enfant perdait une de ses premières dents de la mâchoire inférieure, de la jeter par-dessus la maison ; si c'était de la mâchoire supérieure, de l'en-

terrer dans les fondations ; on croyait, en effet, qu'une nouvelle dent pousserait dans l'alvéole en faisant ainsi. Cette habitude existait aussi à une époque en Angleterre.

Dans les trésors des vieux sorciers on trouvait toujours des os, des cheveux et des dents de morts.

Il est un fait à remarquer, c'est que jusqu'au XVIIe siècle la croyance populaire aux astrologues et à leur art, surtout en France, a conservé très vive la foi dans le pouvoir des diverses planètes sur les hommes et leurs maladies. Ainsi quand Louis XI rendit en 1496 un nouvel édit sur les barbiers, les chirurgiens et les docteurs, il ordonna que chacun d'eux eût chez lui une carte du ciel et un calendrier de l'année. Quand ils avaient une prescription ou une opération à faire, ils devaient s'assurer d'abord que la position de la lune était favorable. Les diverses parties du corps étaient soumises, prétendait-on, à l'influence des planètes ; c'est ainsi qu'on croyait que Mercure avait du pouvoir sur les dents, sur les bras, les pieds, les mains, la bouche et le langage.

Ce n'est qu'à la fin du XVIIe siècle que dans le clergé et le monde médical la croyance à l'influence des étoiles commença à disparaître. De 1688 à 1699, le clergé attribua d'abord aux saints le pouvoir reconnu jusque-là aux divinités païennes, et il est amusant de remarquer la jalousie qui semble avoir existé entre ceux-là ou leurs protecteurs quant à leur puissance bienfaisante. Les maladies et les maux auxquels la chair est exposée étaient répartis entre les différents saints ; mais il y avait beaucoup plus de saints que de maladies, de sorte que plusieurs maladies ont un grand nombre de patrons.

Suivant l'*Apologie pour Hérodote*, la dentisterie n'est pas bénie par moins de 14 saints, quoiqu'il y ait un chef reconnu, sainte Apolline ; mais celle-ci ne dut son rang supérieur qu'à une querelle, le clergé affirmant que saint Christophe était un docteur plus vrai et plus naturel. Les noms des divers patrons de la dentisterie sont les suivants :

Saint Christophe	Sainte Apolline	Saint Blaise
— Englemond	Saint Dalmat	— Crescent
— Rigobert	— Dizier	— Céran
— Médard	— Roch	— Nicolas
Sainte Ide de Nivelle	Sainte Elisabeth de Hongrie	

Pour être guéri du mal de dents par saint Dalmat, il fallait que le patient appliquât une dent du saint sur la partie douloureuse. Pour l'être par saint Rigobert, il fallait se frotter les dents avec de la poussière provenant de son tombeau. Pour l'être par saint Médard, le patient devait se toucher la dent avec une branche enlevée sur la haie qui entourait sa tombe. A l'égard de saint Nicolas on lit dans les lettres de Bonaventure : « Le marquis de Ferrari souffrant du mal de dents fit ce qu'un sorcier lui avait dit : Prenez la médecine que je vous ai indiquée et priez saint Nicolas et vous serez guéri immédiatement. »

Quand sainte Apolline fut martyrisée à Alexandrie, on lui arracha les dents, de sorte que dans beaucoup de pays, par exemple en Italie, en Espagne et en France, on lui attribue le pouvoir de guérir le mal de dents. On la représente généralement comme tenant entre les mains une pince ou des tenailles avec lesquelles ses dents furent enlevées; quelquefois la pince est dans sa main droite et la dent dans la gauche; parfois elle tient une dent tandis qu'elle est attachée à un pilier et fouettée.

Suivant la légende française, sainte Apolline était assise un jour sur une pierre à la porte du ciel quand Notre-Seigneur passa. En la voyant, il lui dit : « Apolline, que fais-tu là? » Elle répondit : « J'attends mon guide; j'attends aussi parce que je saigne et que j'ai mal aux dents. » Notre-Seigneur lui dit : « Apolline, éloigne-toi; si une goutte de ton sang tombe ou si un ver meurt, récite 5 *Pater* et 5 *Ave* à cause des 5 blessures de Notre-Seigneur Jésus-Christ, puis fais le signe de la croix sur ta joue avec ton doigt sur la partie qui te fait mal en disant : Dieu, guéris-moi par ton pouvoir, et tu seras guérie. »

La légende espagnole ressemble beaucoup à celle-ci. La voici : « Sainte Apolline était assise à la porte du ciel quand la Vierge Marie vint à passer et lui dit : « Apolline, que fais-tu? Dors-tu ou veilles-tu ? » — « Madame, je ne dors ni ne veille, je souffre horriblement des dents. »

La Vierge reprit : « Par l'étoile de Vénus et le soleil couchant, par le très Saint Sacrement que j'ai porté dans mes entrailles, puisse le mal de dents ne jamais t'atteindre à partir d'aujourd'hui, ni sur les dents de devant ni sur celles de derrière. » C'est de là que vient le dicton populaire : « Sainte Apolline préserve du mal de dents quand celles-ci sont gâtées. »

(The journal of the British dental Association.)

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, le 3 octobre 1896.

A M. le Directeur de *l'Odontologie*.

Monsieur le Directeur,

La brochure annuelle 1896-97 de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris contient une liste incomplète des dons reçus par la bibliothèque de l'Ecole en 1896. Ces dons sont heureusement plus nombreux.

Comme je ne voudrais pas qu'un des donateurs mît sur le compte de l'indifférence ce qui n'est qu'un oubli involontaire, je vous prie de vouloir bien apporter une rectification à cette nomen-

clature en publiant cette lettre et la liste qui suit dans le plus prochain numéro de *l'Odontologie.*

OUVRAGES OFFERTS A LA BIBLIOTHÈQUE DE L'ECOLE EN 1896.

MM. Stévenin : Un volume : *Anatomie dentaire* (Demontporcelet et Decaudin).
Choquet : *Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste.*
Dr Frey : *a Monographie de la dent de six ans* (thèse) ; *b) Pathologie de la Bouche et des Dents.*
Godon et Roger : *Code du chirurgien-dentiste.*
Bonnard : *De l'articulation alvéolo-dentaire de l'homme* (thèse du Dr Beltrami).
Mme Vve Dubois : La Bibliothèque professionnelle de P. Dubois, Président de l'Association générale des Dentistes de France, Directeur de *l'Odontologie* (260 volumes et 284 brochures environ, quelques pièces anatomiques et photographies).
MM. Guérin, de Moulins : 2 volumes *l'Odontologie.*
Dr Carlier : *Organisation des cinq vertèbres céphaliques.*

Veuillez agréer, etc...

Le Bibliothécaire,
BONNARD.

NOUVELLES.

Une loi sur l'exercice de l'art dentaire est en préparation dans les Nouvelles Galles du Sud ; elle a déjà été votée par l'une des chambres et va être soumise à l'autre pour une seconde délibération.

On lit dans le *Dental Review :*

Nous comptons aller à Paris pour le Congrès dentaire de 1900. Ce Congrès doit être un grand succès. C'est à peu près le moment de s'occuper de sa préparation.

Les dentistes de Berlin gradués de collèges dentaires d'Amérique ont décidé, dans une réunion récente, de se constituer en Société.

La réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu

le jeudi 5 novembre prochain. La séance de réouverture sera présidée par M. le professeur Brouardel, doyen de l'Ecole de médecine.

Nous apprenons la nomination de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique, aux fonctions de conseiller d'Etat en service extraordinaire.

Nous sommes heureux d'adresser à M. Liard, qui a été le président d'une de nos séances de réouverture des cours, nos très sincères félicitations à cette occasion.

AVIS

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de l'*Odontologie* anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

ON DEMANDE un assistant connaissant le cabinet et l'atelier. Sérieuses références exigées. S'adresser à M. Cordelier, dentiste, quai Jules Ferry, Epinal. (30)

A CÉDER tout de suite, dans de très BONNES CONDITIONS, un cabinet ayant 18 ans d'existence. S'adresser à M. Auguste Franz, dentiste à Bône (Algérie). (32)

A CÉDER pour cause de santé et de départ à l'étranger, un cabinet dentaire. Situation excellente. On céderait aussi tout l'outillage, meubles, etc., à des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser à M. Fayod, rue d'Alésia, 91, Paris. (29)

A CÉDER tout de suite, cabinet dentaire fondé depuis 35 ans. Chiffre d'affaires 16,000 fr. Frais généraux, 5,000. Prix 15,000 fr. (Salon, cabinet et atelier compris). S'adresser à Mme Vve Belleville, 11, cité Trévise. (24)

Mlle MERLANCHON, ancien secrétaire de M. P. Dubois, se charge des travaux d'écritures, de comptabilité, *copies de manuscrits à la machine à écrire*, etc. S'adresser au bureau du journal. (26)

LE Dr MILLARD, spécialiste-dentiste américain (Faculté de Maryland), sucr de M. Leroux, établi à Rennes (Ille-et-Vilaine) depuis vingt ans, cherche acquéreur pour tout ou moitié de son cabinet. Chiffre d'affaires 20,000 fr. Prix à débattre. (27)

A VENDRE pour 200 francs un fauteuil *neuf* de Wirth, modèle clinique, avec crachoir nickelé et son support, le tout d'une valeur de 300 fr. S'adresser aux initiales C. D. au Secrétariat de l'Ecole dentaire, 4, rue Turgot. (28)

A CÉDER pour cause de santé un cabinet important dans une grande ville de l'Espagne. S'adresser pour renseignements à M. G. Viau, boulevard Haussmann, 47. (33)

CHIRURGIEN-DENTISTE diplômé de la Faculté de médecine de Paris, 30 ans, 1res références, ayant grande pratique du cabinet, désire place d'opérateur à Paris. — Ecrire : X. 25, au bureau du journal. (34)

ON DEMANDE pour un cabinet de dentiste, dans une des plus importantes villes de l'Espagne, un bon opérateur ayant étudié à l'Ecole Dentaire de Paris. Très beaux appointements et participation dans les bénéfices. S'adresser pour tous renseignements à M. Salvador Lopez, rue Cadet, 9, Paris. (35)

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Dr ROY, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement, divisé en deux parties, l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**, est réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où une place est réservée à chaque élève.

Par suite de l'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions réglementaires exigées par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, fixant les conditions d'études de l'art dentaire, cette institution est devenue une **École préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves *mécaniciens-dentistes* désirant obtenir le *brevet spécial* qu'elle délivre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ✪, Président-Directeur.

G. Viau, ✪, Vice-Président.
Dr Roy, Secrétaire général.
Bonnard, Bibliothécaire.
Lemerle ✪, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean ✪
Jeay.
Legret.
Loup.
Martinier.
Papot ✪.
Stévenin.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✻ ✪, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✪, —

A. Aubeau, ✪. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **A. Ronnet**, ✪. — **Wiesner** ✻ ✪.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1895-1896.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✪, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ✪, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✪, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, ✪, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ✪, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, ✪, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle ✪, chir.-dent. de la Fac. de Paris
P. Marié, ✪, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Ed. Papot ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pinet, I ✪, Dr en médecine.
P. Poinsot, ✪, chirurgien-dentiste.
Richard-Chauvin, ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
G. Viau, ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ✪, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard (O. I.) ✪, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), DEVOUCOUX, FANTON-TOUVET (Ed.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ✪ : D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG ✪, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) : D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, BILLET, CECCONI, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.) ✪, DUVOISIN, FRESNEL : D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF, JACOWSKI, JEAY, MAHE, MARTIN, PAULME, STEVENIN : D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG : D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

16e ANNÉE. N° 11. NOVEMBRE 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3

L'ODONTOLOGIE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

DIX-SEPTIÈME SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS

Présidence de M. le professeur BROUARDEL,

Doyen de la Faculté de médecine,

Membre de l'Académie de Médecine.

Le samedi 5 novembre l'Ecole dentaire de Paris ouvrait les portes de son hôtel, brillamment orné, décoré et illuminé, aux amis qui venaient fêter avec elle la dix-septième séance de réouverture des cours.

Pour la 3e fois l'éminent Doyen de la Faculté de médecine avait accepté de présider cette solennité. On remarquait à ses côtés sur l'estrade M. Lecaudey, directeur honoraire, M. Godon, directeur, M. le Dr Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine, MM. les Drs Jules Simon et Hirtz médecins des hôpitaux, Bérillon, Damain, Goldenstein, Jean Hess ; MM. Max-Vincent, conseiller municipal, Damain, directeur de l'Ecole odontotechnique, Ducournau, président de l'Institut odontotechnique, etc., etc., entourés des membres du corps enseignant et du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris. Une nombreuse assistance avait répondu à l'invitation de la Direction ; un certain nombre de dentistes de province étaient venus se joindre à leurs confrères de Paris.

Parmi les notabilités qui nous ont exprimé leurs regrets de n'avoir pu assister à cette réunion, citons : M. Brisson, président de la Chambre des députés, MM. les Drs Le Dentu, Pinard, Moizard, médecins des hôpitaux ; MM. le Dr Chevallereau et René Goblet, Chautemps, Mesureur, députés, MM. Peyron, directeur, et Desrouin, secrétaire général de l'Assistance publique, MM. Straus et Villain, conseillers municipaux ; MM. Beurdeley, maire, Sansbœuf et Ducuing, adjoints du VIIIe arrondissement, etc., etc.

Après l'audition de la *Marseillaise*, M. le Directeur souhaite la bienvenue à nos visiteurs ; il exprime à M. le Doyen, notre supérieur hiérarchique, les desirata de notre institution, puis, en termes d'une élévation remarquable, il compare le dentiste d'autrefois à celui d'aujourd'hui ; il indique enfin comment le corps en-

seignant de l'Ecole dentaire de Paris entend remplir son rôle d'éducateur professionnel.

*
* *

Faire une conférence sur la prothèse dentaire et intéresser en même temps et les dentistes et les profanes paraissait un problème ; M. Martinier nous a prouvé que cela n'en était pas un pour lui, et il a su nous captiver tous en mêlant à une profonde érudition de nombreux traits d'esprit. Aucun de ceux qui connaissent notre consciencieux professeur de prothèse n'a été surpris de son succès. C'est un des travailleurs dévoués sur lesquels l'Ecole Dentaire aime à compter.

*
* *

Nous devons des félicitations toutes particulières à M. le Dr Maurice Roy, secrétaire général, auquel incombait la tâche aride de présenter le rapport annuel ; il a osé exprimer tout haut l'admiration que nous ressentons tous pour notre infatigable directeur. En quelques paroles émues il a dit ensuite le vide, toujours si douloureusement ressenti, que nous cause la mort de Paul Dubois. Il rappelle enfin la distinction si méritée décernée à M. Ronnet, l'un de nos plus anciens et dévoués professeurs, lors de la visite ministérielle à l'Ecole. Les applaudissements qui accueillent ce rapport et plus particulièrement les parties que je viens de citer indiquent bien que ces sentiments sont unanimement partagés par l'assemblée.

M. le président Brouardel prend la parole, et, en une causerie charmante et des plus aimables, il rend hommage à l'énergie et au dévouement de notre Association ; il indique la voie à suivre, nous promet son appui et termine par cette phrase que l'Ecole Dentaire de Paris est fière d'enregistrer : « *Je suis intimement convaincu de votre succès final parce que votre passé me répond de votre avenir.* »

Une telle affirmation, prononcée par une personnalité, si haute est plus qu'un précieux encouragement ; c'est une bien douce récompense !

M. Godon annonce ensuite que le Conseil d'administration, voulant récompenser de signalés services, a décerné à l'unanimité une médaille d'or à M. Lemerle, professeur, et une médaille d'argent à M. Prével, chef de clinique. La remise de ces médailles est accueillie par de chaleureux bravos.

Vient enfin la lecture du palmarès, faite par M. le Président de la Commission scolaire. M. le professeur Brouardel et les notabilités qui l'entourent remettent tour à tour à nos lauréats et à nos diplômés les médailles et le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris. Comme le faisait si justement remarquer M. Godon, ces jeunes praticiens se souviendront avec fierté qu'ils eurent pour parrain, au début de leur carrière, le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Des félicitations accompagnent la distribution des beaux prix

que de généreux donateurs ont bien voulu mettre à notre disposition, ce dont nous leur sommes infiniment reconnaissants.

Pour clore la séance M. Godon prend la parole et s'adresse en ces termes à M. Brouardel :

« Avant de lever la séance, nous avons un devoir à remplir.

« Notre président a bien voulu se rappeler avec plaisir les deux séances qu'il a présidées antérieurement parmi nous. Pour lui permettre de conserver le même souvenir de la troisième, je lui demande la permission de lui remettre une médaille commémorative et de le remercier en même temps des bonnes paroles qu'il nous a dites et des promesses qu'il a bien voulu nous faire. (*Applaudissements.*)

Après cette belle cérémonie, un lunch est offert à nos invités; inutile d'ajouter que l'on a beaucoup toasté à l'avenir de l'Ecole et de l'art dentaire, pendant que l'orchestre, sous la direction de son habile chef, continuait de charmer l'auditoire au milieu duquel brillaient les ravissantes toilettes de nos élégantes invitées.

N'oublions pas de présenter nos remerciements à la Presse politique, notamment au *Figaro* et au *Petit Journal*, qui ont l'un et l'autre, dans un important compte rendu, fait connaître nos succès au public.

En terminant il n'est que juste d'adresser nos félicitations à notre brave ami Prével pour la belle organisation de cette inoubliable soirée.

Edmond Papot.

DISCOURS DE M. GODON,

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

J'entendais dire au début de ma pratique, il y a quelque vingt-cinq ans, qu'une certaine déconsidération était attachée à la profession de dentiste, que celui qui consentait à exercer cette profession, quelque honorable que fût son existence, quelque élevé que fût son caractère, se débattait en vain toute sa vie contre cette nouvelle tunique de Nessus.

C'était un reste des préjugés de l'ancien temps, alors que le métier le plus noble, le plus prisé était l'art de tuer ses semblables, et que le plus ridiculisé était celui qui apprenait à les soigner, lorsqu'ils étaient malades, et à conserver leur vie lorsqu'elle était en danger, ce temps où la corporation des chirurgiens était obligée de disputer la préséance dans les cérémonies publiques à celle des barbiers, leurs concurrents.

Depuis bien des années déjà justice a été rendue aux médecins et aux chirurgiens, et l'estime et la considération publique dont ils

jouissent sont une juste récompense du dévouement qu'exige leur fonction sociale et des services dont leur est redevable l'humanité souffrante. *(Applaudissements.)*

Il me semble chaque année, après ces séances solennelles, que la même évolution est en train de se produire pour les chirurgiens-dentistes.

Lorsque l'on a vu des hommes éminents dans la science et la politique, comme ceux qui figurent parmi les patrons de cette institution, consentir à honorer de leur présence la distribution des prix d'une simple école de dentistes, lorsque l'on a vu un membre du Gouvernement de la République, M. le ministre du Commerce, présider cette même séance l'année dernière, lorsque l'on a vu le Grand-Maître de l'Université, M. le ministre de l'Instruction publique, lui aussi, venir visiter cette école dans le cours de l'année et assister aux travaux de ses élèves ; lorsque l'on a vu le recteur de l'Université de Nancy ouvrir la réunion annuelle des dentistes français tenue dans sa circonscription académique, enfin lorsque l'on voit sur cette tribune, au milieu des amis fidèles de l'institution, des représentants officiels de la ville de Paris, des membres du corps des médecins des hôpitaux ; lorsque l'on voit, dis-je, l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Brouardel, nous donner pour la troisième fois cette marque publique de sa bienveillance et de sa sympathie, on ne peut plus prétendre qu'elle existe encore, cette défaveur dont nos aînés ont souffert. Aussi permettez-moi de vous adresser, à vous Monsieur le président, et à vous tous, messieurs, qui avez répondu à notre appel, avec nos souhaits de bienvenue, l'expression sincère de notre reconnaissance. (*Applaudissements.*)

Je vous disais, l'année dernière, combien la présence de personnalités politiques et scientifiques est, au début d'une scolarité, un précieux encouragement pour les professeurs et les administrateurs de cet établissement ; mais combien elle est plus précieuse encore pour nos élèves qui, leurs études terminées, vont recevoir leurs prix et leur diplôme!

Nous nous sommes efforcés, pendant le cours de ces études, de leur inculquer toutes les connaissances médicales et techniques, tout le savoir professionnel qui leur seront nécessaires pour satisfaire leurs examinateurs de la Faculté et plus tard contenter leur clientèle ; mais nous voulons encore y ajouter un peu de cette force morale si nécessaire pour surmonter les difficultés de la vie.

En leur donnant dans cette dernière cérémonie, qui est pour eux un véritable baptême professionnel, d'honorés et de puissants parrains, n'est-ce pas leur dire qu'il n'est plus, à notre époque, de profession discréditée, que le travail seul ennoblit et que, suivant les paroles d'un grand philosophe du siècle, quelque modeste que soit la fonction, celui qui sait la remplir avec honneur et conscience a droit à l'estime et à la considération de ses concitoyens? (*Applaudissements.*) Et alors, si les hasards de la destinée les conduisent à exercer leur profession dans une de ces petites villes de province

où, malgré les progrès et l'instruction aujourd'hui largement répandue, il se rencontre des gens encore imbus de ces vieux préjugés qui se transmettent d'une génération à l'autre, ils souriront indifférents et passeront sans en être atteints, se souvenant qu'ils eurent pour parrain au début de leur carrière, dans la soirée qui marqua la fin de leurs études, le doyen de la Faculté de médecine de Paris. (*Applaudissements.*)

Mais, en examinant d'un peu près cette évolution si intéressante et si honorable de notre profession, on s'aperçoit combien elle est intimement liée à l'histoire et à l'existence de nos sociétés et de nos écoles dentaires.

Le public a compris que ces sociétés et ces écoles ont pour but de rechercher le mieux, le progrès et un idéal un peu plus élevé que celui de nos prédécesseurs et que cette recherche est toute à son profit. Aussi faut-il peu s'étonner qu'il nous ait aidés, encouragés et surtout récompensés par cette estime et cette considération publique qui manquaient à nos devanciers.

C'est pourquoi aussi les dentistes français sont si attachés à ces chères institutions, qu'ils ont conçues, créées et développées. Ils ont conscience qu'elles ont été pour eux les agents principaux de leur émancipation matérielle, intellectuelle et morale.

Lorsque, il y a quatre ans, la nouvelle loi sur la médecine est venue donner à notre profession sa constitution légale, celle que nous appelons notre constitution de 92, celle qui a été la fin de notre révolution professionnelle, la fin de notre période héroïque, nous nous sommes demandé si nous allions continuer à nous charger de la lourde tâche d'instructeurs, d'éducateurs des jeunes générations, que nous avions assumée pendant la phase préparatoire de la loi, c'est-à-dire pendant 12 ans. Pourquoi, nous disait-on, ne pas l'abandonner à l'Etat ? Ne forme-t-il pas les médecins, les avocats, les ingénieurs, les architectes, les musiciens et même les danseuses ? Pourquoi ne pas se reposer également sur lui du soin de former les dentistes ? N'avez-vous pas déjà une tâche assez ardue avec les devoirs que vous impose la solidarité professionnelle, un champ assez vaste pour votre activité dans l'organisation et l'administration de vos sociétés de prévoyance et d'éducation mutuelle ?

Prendre vos jeunes confrères au début de leur entrée dans la profession, les éclairer sur leurs droits, sur leurs devoirs, défendre leurs intérêts menacés, les tenir au courant des progrès par le journal, par la société scientifique, par les congrès annuels, venir en aide à eux-mêmes ou à leur famille en cas de malheur, ce sont là autant d'obligations dont l'Etat se désintéresse et qui incombent à ceux qui ont au cœur un peu d'altruisme professionnel. Pourquoi ne pas consacrer à ces divers services toute l'activité dont nous sommes capables en renonçant à l'enseignement ?

Il ne s'attache à notre Ecole dentaire aucun intérêt commercial. Vous en êtes tous persuadés ici, et, si vous appuyez cette institution, c'est que vous savez qu'elle est strictement philanthropique et qu'elle ne donne d'autre bénéfice matériel aux administrateurs et

aux professeurs que le droit de combler par leurs dons les déficits de la caisse, lorsqu'il s'en produit, ou de faire face aux dépenses extraordinaires, lorsqu'il en survient.

La situation difficile dans laquelle la mort d'un de nos regrettés collègues et amis a plongé, cette année, sa famille en a été très malheureusement la preuve. Paul Dubois a, pendant 15 ans, été tour à tour ici professeur, administrateur, directeur de notre journal, et il a été assez absorbé par ses différentes fonctions qu'il aimait, pour négliger ses affaires personnelles et laisser les siens dans le besoin.

Ce triste événement a même été l'occasion d'une magnifique manifestation de solidarité, qui a montré que la dentisterie française est bien constituée en profession, puisqu'elle a une âme qui peut vibrer à l'unisson lorsqu'un grand malheur atteint un de ses serviteurs dévoués et qu'elle est enfin capable de reconnaître le dévouement qu'il a eu pour elle. (*Applaudissements.*)

Vous le voyez donc, hélas! messieurs, l'enseignement dentaire n'enrichit pas ses fonctionnaires, qui n'ont ainsi à le donner aucun intérêt pécuniaire. Alors pourquoi continuer? nous dira-t-on. Nous continuons parce que, s'il n'y a pas d'intérêt matériel, il y a du moins un intérêt moral en jeu.

L'Etat a, en effet — j'en demande pardon à M. le président — une conception un peu différente de la nôtre touchant l'éducation des futurs dentistes. Il n'est intervenu dans la réglementation de 1892 que dans le but de protéger la santé publique, et c'est la même pensée qui l'a guidé lorsqu'il s'est agi d'organiser les examens. L'Etat veut être sûr — et je n'ai pas l'intention de l'en blâmer — que le dentiste est assez instruit en pathologie pour distinguer les différentes maladies qui ont des manifestations dans la bouche, afin d'en prévenir ses patients, qu'il est assez instruit en thérapeutique pour ne pas transformer une anesthésie générale en une anesthésie éternelle, qu'il connaît assez bien l'antisepsie et la bactériologie pour ne pas transmettre à ses clients des germes infectieux en recevant chez lui, sans prendre les précautions nécessaires, comme on nous le racontait dans une observation récente, une parente convalescente d'un érysipèle de la face et transmettre, dit-on, ainsi successivement à deux personnes venues pour des extractions, à l'une une angine phlegmoneuse péritonsillaire, à l'autre une angine de Ludwig.

Je sais bien que ces accidents sont tout à fait exceptionnels; mais l'Etat n'en est pas moins dans son rôle en exigeant des garanties de savoir qui mettront sa responsabilité à couvert. Seulement, ces garanties une fois fournies, le dentiste ne saurait être considéré comme suffisamment apte à remplir sa fonction; le public lui demande davantage. Si ce dernier est satisfait d'apprendre qu'il ne court plus aucun danger chez les diplômés de l'Etat, il veut encore être assuré que s'il désire avoir sa dent extraite, obturée ou remplacée, le praticien saura employer, pour lui enlever cette dent, les agents et les méthodes les plus perfectionnés et les moins douloureux, qu'il saura lui faire une aurification hermétique et durable, qu'il lui po-

sera, s'il y a lieu, une dent artificielle qui ne tombera pas dans son assiette ou, ce qui serait infiniment plus grave, dans son pharynx, comme vous l'expliquera tout à l'heure notre excellent professeur de prothèse. (*Applaudissements.*)

De tout cela, l'Etat s'en désintéresse un peu. C'est donc à ceux qui ont pris la charge de diriger leur profession que ce souci incombe pour l'honneur et le bon renom des dentistes français. Nous sommes ainsi tenus de nous préoccuper de l'enseignement, afin de ne pas compromettre les résultats que nous ont valus 15 ans de lutte contre la concurrence étrangère, devenue aujourd'hui sans action.

Mais il est un autre motif de notre intervention : c'est notre dispensaire. Il est possible qu'en ce qui concerne la médecine générale, l'assistance publique à Paris soit merveilleusement organisée : hôpitaux, bureaux de bienfaisance, dispensaires, cliniques privées, sont à la disposition de l'indigent pour lui donner le soulagement et les traitements dont il a besoin ; mais, au point de vue dentaire, vous savez qu'il n'en est pas ainsi. C'est donc encore un devoir pour nous que de conserver pour une œuvre toute de bienfaisance l'établissement que nous avons créé.

En échange du privilège que leur a accordé l'Etat par la réglementation de leur profession, les dentistes doivent à la collectivité, comme les membres des autres professions libérales privilégiées, un peu de leur temps et de leur savoir, au moyen de services gratuits pour les pauvres. C'est parce que nous avons compris ce devoir et que nous l'avons toujours rempli que nous recevons des témoignages de sympathie de la ville de Paris et que ses élus, MM. Strauss, Max-Vincent, Villain, etc., apportent à notre création leur appui moral et, sous forme d'une subvention, leur précieux appui matériel.

Vous le voyez, nous avons le devoir de continuer à faire œuvre d'éducateurs, malgré la loi de réglementation de 1892. Je puis ajouter que, en dépit de ses charges et de ses responsabilités, ce devoir nous est agréable à remplir, car nous aimons tous cette institution à laquelle nous sommes si attachés qu'elle fait maintenant partie de notre existence professionnelle.

Mais si nous avons décidé d'en continuer le fonctionnement, ce n'est nullement dans un but d'opposition envers l'Etat ou l'administration : nous n'aspirons qu'à servir l'Etat et à lui faciliter sa tâche en lui préparant des candidats instruits. Si nous sommes légalement un établissement d'enseignement supérieur libre, il y a cependant une distinction à établir entre nous et les instituts catholiques : c'est que nous ne sommes pas comme eux en lutte avec l'enseignement officiel, puisqu'il n'en existe pas en dentisterie ; nous sommes plutôt un établissement auxiliaire de la Faculté de médecine.

Aussi tous les efforts de nos dévoués professeurs tendent-ils, en perfectionnant sans cesse nos méthodes et nos procédés d'enseignement, à tenir compte des desiderata des examinateurs officiels

et à leur donner satisfaction. Nous avons voulu faire ressortir en quoi ces desiderata diffèrent des nôtres et comment ils nous imposent, en outre de ce rôle de préparateurs aux examens, une mission quelque peu spéciale au point de vue technique qui intéresse la clientèle.

Mais ce rôle un peu restreint ne nous absorbe pas au point de nous faire oublier ce que l'on doit aux idées générales, à l'enseignement supérieur, aux professions libérales. Nous ne voulons pas nous laisser atteindre par ce que M. le ministre de l'Instruction publique appelait, dans une récente discussion sur les Universités au Sénat, « la tare professionnelle, cette déformation de l'individu, ce » rétrécissement de l'intelligence, à force de faire toujours le même » métier... qui fait dire des plus distingués qu'ils deviennent les es- » claves de leur profession, encore qu'elle soit une profession libé- » rale ». Nous sentons toute la valeur et tout le prix de la culture générale, mais nous sommes tenus de limiter notre action, pour bien l'exercer, aux connnaissances professionnelles, les seules que nous puissions donner, laissant à l'Etat le soin et le souci des autres. Nous formons ici des dentistes ; c'est à lui qu'il incombe d'en faire des hommes et des citoyens. (*Applaudissements.*)

Seulement pour conserver et mener à bien des charges si multiples, le concours de tous nous est nécessaire. Je ne sais plus qui disait, il y a quelques années, que cette maison était une petite chapelle. C'est mieux que cela, c'est une école, qu'il aurait dû dire, l'école des dentistes français, ouverte à tous, dentistes de 1892, chirurgiens-dentistes diplômés de l'Etat ou docteurs en médecine, pourvu qu'ils y apportent leur savoir, leur temps, leur dévouement et le désir de coopérer avec tous aux progrès et au développement de la profession. Le temps des discordes et des luttes est passé et n'a plus de raison d'être ; une ère nouvelle d'union et d'émulation commence, où trouveront place tous ceux qui ont dans le cœur l'ardent amour de leur profession.

Dejà le Conseil d'administration de l'Ecole, voulant achever l'œuvre d'apaisement commencée par l'assemblée de 1893, a rappelé parmi nous l'un de nos anciens et excellents professeurs, que des querelles, aujourd'hui apaisées, avaient momentanément éloigné. Je salue son retour parmi nous comme nous saluerons l'entrée de tous ceux qui, s'intéressant à notre œuvre de progrès professionnel, viendront ici collaborer avec nous pour faire prospérer cette institution. Nous ne repoussons aucune bonne volonté et l'heure est propice pour l'emploi de toutes les activités, alors que s'élabore la participation de notre profession à la grande Exposition de 1900. Il faut qu'à cette époque le succès du Congrès international que nous allons organiser, digne pendant de celui de 1889, soit le couronnement de l'œuvre de relèvement et d'organisation que nous poursuivons depuis bientôt vingt ans et que nous présentions à nos confrères des nations étrangères une profession puissamment organisée, n'ayant rien à leur envier et apportant, elle aussi, au milieu de la grande fête du travail national, dans la sphère limitée de

notre action, sa petite part de gloire à la patrie française. (*Applaudissements.*)

CONFÉRENCE DE M. MARTINIER,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

C'est bien, je crois, l'usage et l'exorde tout indiqués des orateurs improvisés que de déclarer l'indignité où ils se trouvent d'accepter l'honneur qui leur est fait. D'ordinaire, plus ils se disent indignes, et plus longue est leur harangue : c'est ainsi qu'ils manifestent le secret plaisir qu'ils ont éprouvé à se torturer l'esprit et l'inconscience absolue qu'ils ont de torturer celui de leurs auditeurs.

Pour une fois cet exorde est vrai : c'est à mon corps défendant que j'ai consenti à parler devant vous, au nom de l'Ecole dentaire de Paris et de ses professeurs. Il a fallu toute la persuasion et toute l'éloquence de notre directeur et enfin cet argument irrésistible qu'il m'en priait au nom du Conseil d'administration, pour me faire sortir d'une réserve sage et pour me tirer de ce que Boileau appelle « de Conrard le silence prudent ».

Me voici donc devant vous — pardon de cette grande audace — pour vous parler d'un sujet bien aride : la prothèse.

Quel joli thème pour vous faire fuir, Mesdames ! Comme vous allez m'en vouloir de promener mon regard indiscret dans cet organe qui, pour vous et par vous seules, est fait de grâce et de sourire !

Souriez donc, et que votre sourire, même s'il témoigne un peu de moquerie, me soit une excuse et un encouragement. L'indulgence de la femme n'est-elle pas souvent le prétexte de notre courage et toujours l'excuse et le pardon de notre faiblesse? (*Applaudissements.*)

Faut-il enfin, Monsieur le président, que je fasse appel à votre bienveillance habituelle, à l'exquise urbanité dont vous êtes coutumier, à la sollicitude avec laquelle vous vous intéressez à nos travaux, sollicitude dont votre présidence d'aujourd'hui est une preuve nouvelle?

Vous êtes venu confirmer par votre présence votre attitude à notre égard au Parlement. Aussi, pour affirmer encore devant vous combien votre intervention était légitime, combien vos déclarations étaient justes, vais-je vous montrer quelle importance nous attachons à la technique de notre art, ne laissant rien à l'empirisme, ne livrant rien au hasard, nous inspirant uniquement des travaux des anciens pour perfectionner ceux des modernes. Je m'estimerai heureux, si je puis vous convaincre que dans l'art dentaire, comme dans l'art médical, il est possible et nécessaire d'être un homme de méthode pour être un homme de pratique.

Puisque je vous ai annoncé que je m'occuperai de la prothèse, mon premier devoir est de définir ce qu'on entend par ce mot.

Ma définition sera peut-être empreinte d'un peu de fantaisie,

mais non dépourvue de justesse, si je vous dis que *la prothèse est la dernière de nos dentitions et celle dont l'éruption est la moins douloureuse.* (*Applaudissements.*)

De tout temps les dentistes ont fait de la prothèse, car de tout temps on a voulu manger sans souffrance et rire avec grâce. La prothèse a donc son histoire, et une histoire intéressante pour nous Français, car on peut dire que tous ses progrès, toutes ses recherches, toutes ses découvertes sont signés d'un nom français, et nous n'avons aucune raison de dissimuler combien nous avons été heureux d'établir, documents en main, cette priorité et cette supériorité scientifique de l'art dentaire français, au moins dans ses débuts.

Mais, si vous le voulez bien, je procéderai par ordre, et j'emploierai pour la commodité de mon argumentation la suite chronologique des faits.

La prothèse dentaire remonte à la plus haute antiquité. Duval, dans ses *Recherches historiques sur l'art du dentiste chez les anciens*, publiées en 1808, le démontre, et ici même, dans une magistrale conférence faite en 1880, le savant et regretté Dr Thomas l'a établi, en nous retraçant le passé de l'odontologie. Les musées romains contiennent un grand nombre de pièces datant de plusieurs siècles avant l'ère chrétienne, et le musée de l'Ecole en possède quelques-unes, grâce à un généreux donateur.

Cependant il faut arriver à Ambroise Paré pour rencontrer une description d'appareils dentaires. On voit dans ses *Œuvres*, publiées en 1652, des figures gravées représentant des dents d'os ou d'ivoire, fixées aux dents naturelles par des fils d'or ou d'argent, des frondes pour les fractures du maxillaire inférieur, des obturateurs pour fissures de la voûte palatine composés d'une plaque de métal et d'une éponge, des nez d'or ou d'argent, enfin des lèvres et des oreilles artificielles.

Le grand chirurgien s'occupe aussi du redressement et conseille de pousser chaque jour avec les doigts, vers la position qu'elle doit occuper, la dent irrégulièrement placée.

Et puis le silence se fait. La période qui suivit la publication d'Ambroise Paré, et qu'on a appelée le siècle de fer de la chirurgie, ne nous fournit aucun auteur où nous puissions constater un progrès. Pourtant Louis XIV, qui offrait cette particularité d'être né avec des dents, eut souvent recours aux chirurgiens, bien qu'il ne les aimât pas.

Un de ses médecins nous a même appris que ses dents étaient si mauvaises qu'elles finirent par lui manquer toutes à la mâchoire supérieure et que cette circonstance eut des résultats déplorables sur son état général. D'aucuns prétendent même qu'il faut attribuer à un abcès du sinus, qui le faisait beaucoup souffrir, la signature de la révocation de l'Edit de Nantes. (*Applaudissements.*)

Du reste, avant 1700 les dentistes ne formaient pas une corporation. Mais, à cette date, la ville de Paris édicta un règlement, en vertu duquel ne pourraient désormais s'établir dentistes que ceux

qui auraient obtenu un certificat d'expert, dûment délivré, après examen, par une commission de trois chirurgiens nommés par la municipalité.

Peu de temps après, un homme ne possédant aucun grade universitaire, mais qui était honorablement connu à Nantes et à Angers, vint se fixer comme dentiste à quelques pas de l'école de chirurgie : c'était le fondateur de l'art dentaire, Pierre Fauchard. Ce fut ce simple dentiste qui, comme Ambroise Paré pour la chirurgie, à force d'étude et de travail, réussit à attirer l'attention des savants sur une spécialité complètement oubliée.

Fauchard publia, en 1728, le premier traité de chirurgie dentaire, ouvrage très complet pour l'époque et où l'on reconnaît un praticien habile, observateur et érudit. Dans les éditions ultérieures de ce traité cet auteur décrit une série d'appareils, notamment une pièce de 6 dents, sculptée dans un bloc d'ivoire, ne portant aucune plaque et assujettie par deux pivots ou tenons. Citons également ses ressorts, ses dents émaillées sur plaquettes métalliques façonnées à la lime, destinées à se rapprocher davantage de la teinte des dents naturelles, et une série d'obturateurs très ingénieux, combinés avec des dentiers, qui supprimaient les éponges jusqu'alors employées. Fauchard repousse comme traitement des anomalies l'extraction prématurée des dents de lait, emploie et décrit la transplantation et les dents à pivot, enfin, il fait connaître les premiers appareils de redressement avec fils et ressorts.

Le traité de Fauchard fut suivi d'une série d'ouvrages sur les dents émanant de confrères du célèbre dentiste. C'est ainsi qu'en 1746 Mouton publie son essai d'odontotechnie, qui est un véritable traité de prothèse. Mouton définit en effet le dentiste l'*architecte d'une bouche*, parce qu'il mesure, combine, raisonne, prévoit et envisage toujours trois objets : l'ornement, la commodité, la durée.

Il a observé l'usure des dents chez certains individus et, pour la combattre, il a confectionné et appliqué sur les molaires des calottes ou *couronnes d'or* incrustées sur la face extérieure de la dent et destinées à relever l'articulation et à empêcher la continuation de cette usure. Ces calottes sont émaillées pour les incisives et les canines ; avec ces calottes nous trouvons des lames émaillées, ajustées et attachées aux dents, que nous appelons actuellement *couronnes partielles.*

Ceux qui s'occupent d'art dentaire seront peut-être surpris que dès 1746 les couronnes d'or aient été employées par un dentiste français, tant il est vrai qu'après avoir découvert l'Amérique il nous faut encore retrouver l'ancien Continent ! (*Applaudissements.*)

Mouton raconte à propos de ces couronnes le fait suivant : « Un enfant de Silésie possédait une molaire d'or qui surprit autrefois la crédulité d'une infinité de gens. Parmi tous ceux qui furent trompés par cette dent, Jacques Horstius, célèbre professeur de médecine d'Helmestadt, poussa la crédulité le plus loin. Après qu'il l'eut été voir et toucher lui-même, il soutint que c'était un phénomène

fatal aux Turcs et capable de concourir, avec la comète de 1556, à faire espérer à la chrétienté de grands secours d'en haut contre les infidèles. »

A partir de 1755, Jourdain publie différents volumes sur l'art dentaire. Bien que ne traitant pas de la prothèse, il s'élève contre le procédé préconisé par quelques dentistes de ce temps et qui consistait à perforer l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur pour y faire passer des fils métalliques servant à la rétention des appareils.

Bourdet, en 1757, combine les bases d'hippopotame avec les dents naturelles. Praticien éminent, aurificateur par *l'or adhésif*, il emploie l'émail rose pour les gencives artificielles, les plaques d'or comme base et les vis pour les dents à pivot ; il critique les plaques pour redressement de Fauchard et recommande à leur place des plaques de métal retenues par des fils de cordonnet. Ayant observé la tendance des perforations palatines acquises à se fermer d'elles-mêmes, il imagine une série d'obturateurs composés d'une simple plaque d'or retenue par des fils, et destinés à faciliter la réunion des bords de la perforation. Il cite un livre imprimé à Genève en 1670 dans lequel on trouve une observation de Denis Pomaret, chirurgien de Montpellier, qui relate le cas d'une dent arrachée et remise dans son alvéole et qui s'affermit ensuite avec des gargarismes astringents. Cette observation, qui date de plus d'un siècle, prouve l'ancienneté de la méthode.

Jusqu'à cette époque on s'était servi de beaucoup de substances pour fabriquer des dents artificielles : dents humaines, dents d'éléphant, d'hippopotame, de phoque, dents et os des jambes de bœuf, sycomore, etc., et Fauchard avait même essayé des plaques de métal taillées, limées et émaillées. Mais en 1776 un pharmacien de Saint-Germain, nommé Duchâteau, qui, comme Fauchard, avait été frappé des imperfections des dents artificielles jusqu'alors en usage, au point de vue de la teinte et surtout de leur imprégnation par les mucus buccaux, eut l'idée de faire fabriquer un dentier en porcelaine. Quoique les résultats obtenus fussent peu brillants, il n'en communiqua pas moins son procédé à l'Académie de chirurgie.

Cependant, désireux de mieux faire, il eut recours à un spécialiste en 1788, pour l'appliquer à l'art dentaire ; il conclut des arrangements avec Dubois de Chément, qui confectionna des appareils avec des dents de ce genre. Les résultats furent des plus satisfaisants, et Dubois de Chément, après avoir saisi de ce procédé successivement l'Académie de chirurgie et la Société royale de médecine, prit un brevet d'invention.

Ces dents furent ensuite critiquées et modifiées tour à tour par son homonyme, Dubois-Foucou. La querelle qui s'éleva à cette occasion entre ces deux dentistes est très curieuse, et, dans la polémique qui eut lieu, on trouve cet argument inattendu de Dubois de Chément : « M. Dubois-Foucou, convaincu sans doute de l'avantage de mes nouveaux procédés, me pria de lui placer deux dents artificielles de ma composition. Devais-je croire alors qu'elles serviraient à me mordre ? »

Malgré cette querelle fâcheuse, il n'en est pas moins vrai que cette découverte est la plus belle de cette époque et qu'elle eut des conséquences considérables en prothèse dentaire, car modifiées, améliorées, transformées même, ce sont encore ces dents qui servent aujourd'hui, et l'esthétique y a beaucoup gagné.

En 1808, Fonzi leur fit subir certains perfectionnements : il confectionna des dents séparées, au lieu de dentiers d'un seul bloc, en modifia les attaches, en y introduisant la cuvette de platine, et améliora les teintes.

De leur côté, les ressorts primitifs de Fauchard avaient été l'objet d'une foule de transformations. On employait pour les confectionner l'acier, la baleine, l'or ou le platine en lames. Laforgue, en 1802, indique la construction de ressorts en forme de boudin, façonnés sur un mandrin et faits avec du fil d'or, qu'on appelle *ressorts à spirale.*

Ces ressorts ont aussi leur histoire. Ecoutez plutôt le mécompte qu'ils valurent au violoniste Paganini.

Cet artiste avait perdu de bonne heure toutes ses dents et avait beaucoup de peine à manger, ce qui le contrariait vivement. Ses amis l'engagèrent à s'adresser à un dentiste pour se faire faire un râtelier. Le musicien suivit le conseil, mais négligea de s'informer du prix ; en revanche, il fut si content de son dentier, qui était d'ailleurs superbe, qu'il en commanda un second. Plus tard le dentiste envoya sa note, qui s'élevait à 1000 francs.

Lorsque son employé la présenta, Paganini sortait du bain, et, enveloppé dans un drap, il finissait de s'essuyer. Il prend la note, en lit le chiffre, chiffonne le papier d'un mouvement nerveux et le jette à terre, puis il se livre à un concert de jurons et d'invectives, avec le mot voleur broché sur le tout Le pauvre commis s'avise de protester. Le virtuose devient furieux, lui saute à la gorge et lui serre le cou entre ses doigts osseux. Ses amis accourent pour lui arracher des mains le commis ; mais Paganini résiste et crie toujours, si bien qu'à force de vociférer il reste tout à coup comme pétrifié, un flot de sang s'échappe de sa bouche grande ouverte et qui ne peut plus se fermer. Le commis profite de ce moment pour se sauver à toutes jambes. Paganini veut parler et ne le peut pas ; il montre sa bouche ; on croit à une attaque d'apoplexie...... Heureusement il n'en était rien ; le râtelier s'était détraqué, le ressort s'était cassé ; il venait de se retourner dans la bouche du musicien et, malgré les efforts de celui-ci, il ne pouvait reprendre sa place. Ce ne fut qu'après une heure de tentatives qu'on réussit à enlever le terrible râtelier et à mettre l'artiste dans son lit.

Le lendemain celui-ci fit assigner le dentiste. Inutile d'ajouter qu'il fut condamné à payer les 1000 francs et les frais, ce qu'il fit de très bonne grâce en présentant ses excuses au praticien. Pourquoi diable aussi un musicien s'avise-t-il de contester la valeur d'une note.... quand elle est juste ? (*Applaudissements*).

Mais revenons à notre prothèse. Gariot décrit en 1805 un obturateur présenté à la Société de médecine par Cullerier, chirurgien à

Paris, et exécuté par Codan ; c'est le premier obturateur portant un voile du palais articulé avec une luette mobile permettant les mouvements de déglutition et aidant à la phonation.

Jourdan et Maggiolo s'élèvent en 1807 contre le mystère dont sont entourés les détails pratiques des opérations et publient un traité dont la partie relative à la prothèse est due à Maggiolo. Cet auteur, qui est un prothésiste remarquable, préconise la conservation des racines pour les appareils à plaque.

Il modifie les dimensions des plaques en augmentant considérablement l'étendue qu'elles occupent sur le palais, afin de leur donner une assise plus solide et plus vaste ; mais, d'un autre côté, il crée la pièce à bandeau, composée de fils d'or contournant les dents et attachée avec des ligatures.

Quoiqu'il recommande encore les ligatures de soie comme moyen de rétention pour les appareils de grandes dimensions, il combine des crochets soudés aux plaques pour les pièces partielles qui ne comportent que quelques dents. Il construit la dent à pivot avec tube et emploie également les pivots carrés divisés dans la longueur.

Jusque-là la mesure des dents artificielles était prise à l'aide d'un compas, d'un morceau de carton découpé sur la place vide, ou de la reproduction en cire d'un modèle figurant assez bien les dents naturelles. Maggiolo y substitue la prise d'empreinte à la cire vierge, qui permet le moulage fidèle de la bouche.

Nous arrivons à Delabarre, qui publie en 1820 le traité le plus important qui ait paru jusque-là. Parmi les différents appareils qu'il signale nous ne citerons qu'une pièce à plusieurs brèches, dont l'armature est simplement un fil d'or à dix-huit carats, contre lequel sont soudées autant de plaquettes qu'il y a de dents rapportées, appareil qui semble bien être la pièce à bandeau de Maggiolo, mais notablement amplifiée.

Ce praticien recommande l'usage du pivot cylindrique et signale l'emploi du pivot creux ; il s'occupe surtout des émaux colorés, il modifie les pâtes employées et s'en sert pour en recouvrir les pièces de métal à gencives ; enfin il introduit dans la confection des obturateurs l'usage du voile du palais mou et articulé.

La même année Maury publie également un important traité, dans lequel le porte-empreinte fait son apparition et que l'auteur décrit ainsi : une petite boîte de fer blanc, de cuivre ou d'argent, avec une espèce de manche. Il consacre un chapitre à la manière d'imiter les gencives en émail et cite un cas de staphylorraphie pratiquée par le chirurgien Roux.

J'insiste ici pour faire cette remarque que, jusqu'à cette époque, c'est dans notre langue que les ouvrages classiques sont publiés, et que c'est auprès des dentistes français qu'on vient apprendre les procédés les plus perfectionnés.

Nous franchissons une période de dix-neuf ans et Lefoulon publie en 1839, dans la *Gazette des hôpitaux*, une série d'articles sur l'orthopédie dentaire. Il affirme la possibilité de remédier à l'atrésie des maxillaires en pratiquant, à l'aide d'appareils, leur exten-

sion et en modifiant la voûte palatine. Il décrit ces appareils avec observations à l'appui.

Deux ans plus tard, Schange fait paraître un précis sur le redressement, dans lequel on trouve le premier appareil sans plaque, fixé aux dents par un collier d'or qui se ferme et se serre à l'aide d'une vis et d'un écrou.

En 1852 Delabarre fils composait un traité dans lequel il faisait connaître une nouvelle substance pour construire les bases d'appareils : j'ai nommé la gutta-percha, qui ne pouvait donner aucun résultat durable. Mais, 3 ans après (1855), apparaissait une matière destinée à une vogue qui est loin d'être épuisée ; je veux parler du caoutchouc vulcanisé. L'application à l'art dentaire de ce produit est due à Ninck et Winderling, de Metz. La priorité de cette découverte leur fut contestée, il est vrai, par l'Américain Ch. Goodyear ; mais un article très documenté de notre confrère M. Damain a fait justice de ces prétentions mal fondées.

Comme vous le voyez, j'avais raison de dire que l'art de la prothèse est bien français et que tous les progrès faits sur ce terrain l'ont été par nos compatriotes. J'ajoute que beaucoup d'appareils dont l'origine est réellement française sont abandonnés, peu après leur invention, puis nous reviennent un jour de l'étranger, principalement d'outre-mer, modifiés et perfectionnés, et aussitôt ils acquièrent une foule de qualités ignorées auparavant, bien qu'ils répondissent déjà dans la plupart des cas aux besoins pour lesquels ils avaient été créés. (*Applaudissements.*)

Cette circonstance semblerait prouver l'ingéniosité des Français, en même temps que leur peu de persévérance à imposer leurs découvertes et à les mettre au point. Et pour préciser cette affirmation, je citerai :

La pièce à bandeau française, les appareils à pivots et les couronnes en or, qui constituent le travail à pont, datant de plus d'un siècle, et qui nous ont fait retour depuis, légèrement modifiés mais considérablement augmentés sous le nom exotique de *Bridge-Work* ;

Les dents minérales inventées en 1776 par Duchâteau et Dubois de Chément, lesquelles nous sont revenues, il faut le reconnaître, avec des perfectionnements tels qu'il est impossible de lutter avec les manufactures américaines pour leur fabrication ;

Les appareils de redressement sans plaque, fixés aux dents à l'aide de colliers d'or, que Schange avait imaginés en 1840, et qui jouissent en ce moment de la plus grande vogue de l'autre côté de la Manche ;

Enfin les appareils extenseurs de l'arcade alvéolaire de Le Foulon qui, en 1839, avait non seulement affirmé la possibilité de corriger les mâchoires trop étroites, mais qui avait construit des ressorts dans ce but, ressorts qui ont repris leur place chez nous, perfectionnés par les appareils qui agissent par le même principe.

Il me semble inutile de pousser plus loin cette nomenclature pour démontrer une vérité reconnue depuis longtemps ; qu'il me suffise

de dire encore une fois que nous avions ouvert la voie. Nous ne devions pas tarder à y être suivis par les étrangers. Les Allemands et les Italiens furent les premiers à imiter l'exemple de Fauchard, de Bourdet et d'autres ; mais leurs progrès furent peu sensibles. Les Anglais vinrent à leur tour, et Hunter, en 1798, publie l'*Histoire naturelle et maladies des dents* ; peu après Fox fait paraître (1803 et 1806) des travaux sur le même sujet.

MM. Godon et Ronnet, lors de leur mission en Amérique en 1893, firent une enquête pour chercher à déterminer les véritables débuts de l'art dentaire dans ce pays. Ils fixent à 1766 la date à laquelle le premier dentiste parut aux Etats-Unis; jusque-là les opérations d'extrême nécessité étaient exécutées par des médecins ou des chirurgiens.

Peu à peu le nombre des dentistes augmenta et l'on cite parmi les fondateurs de notre profession un certain Lemaire, dentiste français, qui s'installa à Philadelphie en 1784, et un certain James Gardette, français également, qui s'établit en Amérique en 1778.

Tous deux procédaient d'après les méthodes des Fauchard, des Bourdet, des Dubois de Chément, et employaient leurs instruments.

Leur présence en Amérique s'expliquait par le fait qu'ils avaient suivi le général Lafayette et ses compagnons. A la suite des événements politiques dont la France était le théâtre, beaucoup de dentistes avaient également quitté le sol natal, que les nobles avaient déserté pour l'émigration. Les nobles étaient à cette époque les meilleurs clients des dentistes; eux disparus, la vie matérielle devenait précaire; aussi les dentistes les avaient-ils suivis. C'est ainsi que, quelques années après, Dubois de Chément, Garangeot et les plus célèbres praticiens de cette époque étaient passés en Angleterre.

On attribue à James Gardette la première application de la succion ou de la pression atmosphérique.

Cette invention me remet en mémoire une anecdote arrivée, il y a quelques années, à l'un des nôtres. Un jour, celui-ci reçoit la visite d'un vieux curé de province, un client. Le prêtre dit à notre confrère : « Mon cher monsieur, je viens de découvrir une chose miraculeuse, que le ciel m'a fait la grâce de pouvoir observer sur cette personne, que j'amène du pays que j'habite, exprès pour vous la montrer. Voyez, quand elle ouvre la bouche, elle a, au milieu du palais, l'image du Sacré-Cœur de Jésus. Je viens vous prier de me confirmer ce que j'ai vu et, de plus, j'ai l'espoir que vous m'aiderez à comprendre cette manifestation divine. » Est-il nécessaire d'ajouter qu'il fut assez difficile de faire comprendre à cet excellent prêtre que cette saillie palatine en forme de cœur était produite par un appareil à succion que portait cette bonne dévote, qui ne demandait pas mieux que de se laisser croire marquée du sceau de Dieu ?

Mais reprenons notre historique. En 1839 fut fondée à Baltimore la première école dentaire du monde, fondation d'où dérive celle de notre profession elle-même, car, à partir de cette date, celle-ci devint une profession scientifique et son orientation changea dans de telles proportions que les progrès qui s'ensuivirent furent immenses. On vit enfin disparaître cet esprit de jalousie, qui avait eu

pour résultat la prétention mesquine affichée par chacun de garder pour soi ses méthodes. C'est pourquoi la pratique de la véritable dentisterie devint si prospère en Amérique, alors qu'en France elle restait stationnaire, vouée aux procédés anciens. Cependant, on peut le dire, malgré les difficultés de l'enseignement et les défauts de l'apprentissage, la prothèse garda sa place chez nous, et il n'y eut pas infériorité pour elle pendant cette période, comme c'était le cas pour la dentisterie opératoire.

1879 arriva, date qui doit nous être chère à tous, car elle commence pour notre profession une ère nouvelle. Comme leurs confrères américains, les dentistes français comprirent alors qu'il était indispensable de créer en France un enseignement complet de notre art. Après avoir fondé d'abord une société, puis un journal, ils entreprirent la tâche plus ardue de fonder aussi une école. Bientôt le succès vint couronner leurs efforts, grâce à leur énergie, à leur activité, à l'appui moral et aux encouragements d'hommes éminents, parmi lesquels je veux encore rappeler le nom de l'honorable Doyen de la Faculté de médecine qui, ce soir, comme il y a dix ans et comme il y a deux ans, a tenu à affirmer ses sentiments de bienveillance à notre égard. (*Applaudissements.*)

J'ai dit que les protagonistes de l'enseignement dentaire organisèrent cet enseignement aussi complètement que faire se peut ; cela veut dire que la prothèse y fut largement comprise, car elle y avait sa place toute marquée. Cet enseignement n'est-il pas de tous points préférable à celui reçu pendant longtemps chez le dentiste ? N'est-il pas le seul qui puisse mettre l'étudiant aux prises avec les multiples difficultés qui se présentent dans cette spécialité ? L'enseignement de la prothèse chez un dentiste permet seulement l'étude des cas fréquents, journaliers et de quelques autres, bien peu nombreux, d'appareils spéciaux, et il dépend d'une quantité de facteurs. Il varie suivant les capacités de celui qui le donne, suivant les habitudes de ce dernier, habitudes qui relèvent elles-mêmes du genre de travail et de la nature de la clientèle. L'enseignement de la clinique de prothèse ne peut être reçu utilement chez un patron, car, si l'élève le reçoit, c'est la plupart du temps sans méthode, sans la gradation nécessaire à une bonne compréhension, puisqu'il résulte uniquement des cas qui se présentent.

Cet enseignement ne saurait donc être comparé à celui d'une école d'application comme celle-ci. Là, avec le nombre et la variété des malades, dont beaucoup nous sont envoyés par les médecins et chirurgiens des hôpitaux et par les médecins des bureaux de bienfaisance, les étudiants sont assurés de trouver une instruction rationnelle, méthodique et en rapport avec les exigences actuelles. Leur instruction prothétique se développe parallèlement à leur instruction générale ; les différents systèmes employés leur passent tour à tour sous les yeux, en même temps qu'on leur explique les cas pour lesquels ils sont indiqués ; enfin, il leur est également permis de se familiariser au laboratoire avec tous les détails techniques de la confection des appareils, ce qui est pour eux d'un grand profit,

quant à l'habileté manuelle exigée par les opérations qu'ils exécutent dans la bouche.

Est-il besoin de dire que, depuis la réglementation de notre profession, nous avons fait tous nos efforts pour diriger l'étude de la prothèse du côté des exigences de l'avenir ? Cependant les modifications apportées au 3e examen de chirurgien-dentiste nous créent certaines difficultés. En supprimant la prothèse dans cet examen on a enlevé aux étudiants le désir de travailler cette branche, qu'ils considèrent dès lors, sinon comme inutile, du moins comme secondaire. Pourtant, jeunes élèves qui m'écoutez, lorsque vous aurez obtenu devant la Faculté de médecine le diplôme qui vous conférera le droit d'exercice, quand vous prendrez, pour exécuter vos appareils, des mécaniciens ou des aides, si vous n'avez pas plus de connaissances qu'eux-mêmes sur ce sujet, outre que vous ne serez pas en état de les diriger, vous vous amoindrirez à leurs yeux ; vous ferez plus, vous manquerez à votre devoir, car ceux qui vous tracent votre voie espèrent qu'en vous obligeant à acquérir les connaissances indispensables à votre profession, vous ne serez inférieurs à vos devanciers sous aucun rapport et que vous porterez plus loin et plus haut le drapeau qu'ils vous ont confié. (*Applaudissements.*)

La pratique de l'art dentaire, avec ses transformations profondes, avec ses progrès successifs, est devenue une profession qui ne doit être accessible qu'à ceux qui ont à cœur de travailler sérieusement pour bien l'exercer, car c'est seulement à cette condition qu'ils éprouveront les joies que procure la satisfaction d'une tâche accomplie avec conscience.

Le remplacement des dents ne doit pas seul provoquer votre désir de vous instruire. L'orthodontie, c'est-à-dire le redressement des dents irrégulières et des anomalies des maxillaires, vous offre aussi un vaste champ d'études. Elle est peut-être la spécialité la plus ingrate de notre art, mais elle en est probablement la plus intéressante, car ce ne sont pas seulement des dents mal placées que vous aurez à redresser, vous aurez également à combattre les anomalies des maxillaires qui y sont liées, et vous trouverez dans cette science, en même temps que l'occasion de faire valoir vos talents, une satisfaction morale très profonde.

Si une famille ou un médecin vous confie la mission de corriger chez une jeune fille un prognathisme exagéré de la mâchoire supérieure, par exemple, difformité qui altère complètement la physionomie et lui donne cet air particulièrement disgracieux que nous connaissons tous, et si vous présentez à cette famille cette jeune fille avec des dents régulières, avec une figure agréable, n'ayant que peu de ressemblance avec le type primitif, ce jour-là votre succès vous rendra plus glorieux et plus fier que les honoraires ne vous auront fait riche.

Or, c'est là un fait qui se produit très fréquemment, avec les progrès considérables réalisés sur ce terrain, sans qu'on ait à craindre le retour des dents à leur place primitive — le cas fût-il héréditaire — si l'on a la précaution de maintenir pendant un certain temps le résultat obtenu.

Les maladies de la bouche vous fourniront dans bien d'autres circonstances, l'occasion de faire usage de vos connaissances prothétiques. Les abcès du sinus et leur traitement par les loges alvéolaires ont besoin d'appareils spéciaux, qu'il vous sera facile de combiner et d'adapter avec tous leurs perfectionnements.

Le traitement des fractures des deux mâchoires est encore de votre domaine. Les appareils prothétiques anciens ont pu rendre beaucoup de services, mais ils ne sont plus en rapport avec les procédés de la chirurgie moderne. Ceux que le Dr Martin, de Lyon, a imaginés pour les différents cas de ce genre leur sont bien supérieurs. Grâce à la mobilisation précoce de l'articulation temporo-maxillaire, qui permet aux malades de se nourrir et de parler, et grâce à l'antisepsie la plus large à laquelle ces appareils se prêtent, vous placerez le malade dans des conditions bien plus favorables. Vous serez dans cette occasion le collaborateur du chirurgien et non seulement vous le mettrez à même d'éviter les consolidations vicieuses, mais encore vous l'aiderez à atteindre le but ultime auquel il doit tendre, à savoir de rendre à ce maxillaire fracturé sa forme primitive et de conserver à l'arcade dentaire les rapports avec l'arcade opposée qui existaient avant la fracture.

Vous vous trouverez parfois en présence de cas où il y aura lieu de pratiquer la restauration prothétique de la voûte palatine et du voile du palais. Quoique la staphylorraphie ait de beaucoup diminué la fréquence de votre intervention, celle-ci sera cependant indiquée dans les cas de division congénitale qu'on n'aura pas opérés, ou dans ceux de divisions où l'étendue des désordres est énorme. Les restaurations de la face, des maxillaires, du nez, des oreilles et des lèvres, vous permettront enfin de donner libre carrière à votre ingéniosité.

Vous rappellerai-je que Préterre, après la guerre d'Italie, entreprit de restaurer le visage d'un certain nombre de soldats mutilés et que plusieurs de ces réfections eurent l'honneur d'une présentation à l'Académie de médecine, qui les récompensa ? Vous rappellerai-je qu'en 1870 des perfectionnements furent apportés à ces appareils par le même Préterre et par M. Delalain, un des doyens de notre profession, qui, sans enseignement professionnel initial, eut le grand mérite d'imaginer un certain nombre d'appareils de ce genre ? L'Académie de médecine lui consacra une de ses séances pour la présentation de ses malades et le récompensa également. La croix de la Légion d'honneur est venue s'ajouter par la suite à son titre de lauréat de l'Académie. (*Applaudissements.*)

Le Dr Martin et un certain nombre de dentistes ont confectionné depuis des appareils de ce genre. Les charpentes nasales du premier nous font espérer qu'une difformité des plus affreuses pourra être corrigée dans des conditions qui n'ont avec les inconvénients des anciens procédés aucun point de ressemblance.

Pourtant, malgré ces travaux, la restauration prothétique de la face et des maxillaires offre encore bien des sujets d'étude et est largement susceptible d'améliorations. Comme elle est tardive, elle

est sous le coup de tant de défectuosités qu'il est à désirer qu'on ne se contente pas des essais de 1860 et de 1870 et qu'on dirige les recherches de ce côté, car elles ont un but supérieur d'intérêt humanitaire qu'on ne saurait méconnaître.

Je ne crois pas non plus devoir passer sous silence la prothèse immédiate des maxillaires, car c'est là une des tentatives les plus hardies et les plus louables de la chirurgie dentaire. C'est au Dr Martin, de Lyon, dont nous rencontrons toujours le nom dès qu'il s'agit de prothèse spéciale, que revient l'honneur de la nouvelle méthode.

La prothèse immédiate consiste dans le remplacement immédiat d'une portion osseuse disparue par un squelette artificiel, qui tiendra lieu de squelette naturel. C'est le temps intermédiaire entre l'ablation partielle ou totale des maxillaires et la suture des parties molles.

Le Dr Martin, qui avait fait, ainsi que je l'ai dit, un assez grand nombre de restaurations de la bouche, de la face et des maxillaires, avait observé la tolérance des tissus osseux de la face pour les corps étrangers. Depuis, Weiss, dans sa thèse d'agrégation de 1880, a publié le résultat de ses recherches sur la tolérance des tissus. Des observations de Martin et des recherches de Weiss, il ressort que les corps métalliques ou inorganiques sont d'une innocuité relative. Les appareils de Martin, composés de caoutchouc pur vulcanisé et de métal, avaient donc les plus grandes chances d'être tolérés.

Ce fut en 1878, dans le service du docteur Létiévant, à Lyon, que Martin construisit et plaça son premier appareil sur une jeune femme opérée d'un néoplasme. Depuis, dans divers services des hôpitaux de Lyon, il continua à appliquer sa méthode et, en 1889, il fit connaître dans un volume ses procédés de construction, ses moyens d'application et une série d'observations portant sur un très grand nombre de cas.

A Paris, en 1891, un des professeurs de cette école, M. Gillard, dans le service de M. le professeur Le Dentu à l'hopital Necker, fut le premier qui appliqua la méthode Martin ; il a eu postérieurement l'occasion de perfectionner un certain nombre de ces appareils et il a exposé plusieurs fois à la Société d'Odontologie ces perfectionnements, en même temps qu'il s'en faisait le vulgarisateur. Quelques confrères ont trouvé également l'occasion de se servir de ce procédé et, en 1894, M. le Dr Roy y a consacré sa thèse. M. Martin a fait connaître récemment les résultats éloignés des observations antérieurement publiées, et ces résultats semblent assez encourageants, car il faut tenir compte que les malades sur lesquels on pratique cette opération ne constituent pas des cas favorables : ils sont en général atteints de tumeurs malignes à récidives fréquentes. L'application de la prothèse immédiate dans un certain nombre de mutilations par traumatisme (armes à feu par exemple) nous fixerait définitivement sur la valeur du procédé.

En 1893, M. Michaëls a essayé la prothèse immédiate avec un

appareil qui différait de celui de Martin en ce qu'il était construit complètement en métal, et cette expérience lui a servi de point de départ pour tenter une restauration d'une importance considérable. Il a confectionné de toutes pièces une articulation énarthrodiale artificielle pour un malade atteint de tuberculose ; l'opération et l'application de cet appareil ont fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine et ont donné des résultats qu'on peut déclarer satisfaisants. Le malade vient d'être de nouveau présenté à cette assemblée par M. Péan, ainsi que des photographies par le procédé Röntgen.

Ces photographies montrent la formation d'un os nouveau résistant, maïs moins régulier que l'os ancien ; la fusion de l'os nouveau et de l'ancien est complète, et tous les mouvements de l'articulation sont permis au malade. (*Applaudissements.*)

Tous ces travaux ne démontrent-ils pas à l'évidence la justesse du désir si souvent et si énergiquement exprimé par le Conseil de direction de cette école, à savoir de faire consacrer le diplôme de chirurgien-dentiste par un examen prothétique? Sans doute, et j'en appelle à votre haute appréciation, Monsieur le Président, sans doute il est bon, utile, indispensable que les chirurgiens-dentistes possèdent des connaissances générales et théoriques. Mais ne vous semble-t-il pas aussi que l'on doive obliger nos élèves à justifier de leurs connaissances prothétiques? C'est notre vœu le plus ardent, parce que la prothèse est le résumé, la synthèse, le couronnement des études médicales appliquées à notre art.

Cette espérance nous fait entrevoir de nouveaux horizons pour notre profession, une orientation nouvelle pour la jeune génération. Les progrès de la prothèse chirurgicale sont tels qu'ils imposent à la chirurgie de l'avenir l'obligation de faire appel au concours des dentistes pour certaines opérations favorables ; la place occupée en France par la prothèse dentaire dans le mouvement en avant de la prothèse chirurgicale est donc à cette heure bien marquée et cette circonstance crée des devoirs aux nouveaux chirurgiens-dentistes.

Lors de la réglementation de l'art dentaire nous avons demandé et obtenu le titre de chirurgien-dentiste ; justifions-le encore par de nouveaux travaux d'orthopédie dentaire, de restaurations faciales et buccales et de prothèse immédiate, et étendons nos études sur cette question dont nous devrons toujours augmenter le domaine.

L'héritage légué aux nouveaux dentistes par leurs aînés, qui ne devaient les résultats obtenus qu'à un labeur acharné, à une patience inépuisable et à une énergie indomptable, ne doit pas demeurer tel qu'il est : il nous incombe d'y ajouter sans cesse. Il importe qu'avec l'enseignement spécial qui leur est donné actuellement, les jeunes praticiens poussent toujours plus avant leurs essais et qu'ils prouvent que l'habileté manuelle et l'ingéniosité sont toujours les qualités dominantes du dentiste français. (*Applaudissements prolongés.*)

RAPPORT DE M. LE Dr MAURICE ROY,

Secrétaire général.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

En ma qualité de secrétaire général, je suis vraiment heureux de pouvoir constater dans ce rapport annuel la croissante prospérité de notre institution, après les profondes modifications qu'a apportées à son fonctionnement l'organisation officielle de la profession.

Les difficultés ne nous ont cependant pas manqué depuis quelques années ; mais l'Ecole dentaire de Paris a triomphé de tous les obstacles qui pouvaient s'opposer à son développement, grâce à sa puissante vitalité et, il faut bien le dire aussi, grâce au dévouement de ses administrateurs, à la tête desquels, toujours sur la brèche, se tient notre dévoué directeur. (*Applaudissements.*)

Que M. Godon nous permette de lui dire ici, dût sa modestie en souffrir, l'admiration (le mot n'est pas de trop) de tous ses collaborateurs pour l'activité incessante qu'il déploie en faveur de cette institution, qu'il a bien faite un peu sienne depuis tant d'années qu'il s'y consacre avec un dévouement sans bornes, veillant à tout, pensant à tout, allant frapper partout où il a espoir de susciter des sympathies, des appuis à notre institution.

Certains d'entre nous peuvent avoir avec lui momentanément des divergences sur certains points, car notre Conseil d'administration, tout comme un parlement, a aussi quelquefois ses interpellations et ses renversements de ministères ; mais ses adversaires eux-mêmes reconnaissent en lui la cheville ouvrière de cette Ecole et certainement l'homme auquel une place d'honneur devra être faite dans l'histoire de cette institution. (*Applaudissements.*)

Je demande pardon à mon ami Godon de lui avoir joué le mauvais tour de glisser dans mon rapport ces quelques mots, cependant bien au-dessous de ce que je voudrais dire ; mais enfin il est très juste qu'il soit un peu à l'honneur, étant si souvent à la peine, et, depuis tant d'années qu'il parle des autres, que les autres disent à tous un peu du bien qu'ils pensent de lui. Il est altruiste et ne saura m'en vouloir. (*Applaudissements.*)

En dépit des obstacles apportés au recrutement de nos élèves par l'obligation où ils sont de produire en s'inscrivant l'un des titres universitaires prévus par le décret du 25 juillet 1893, malgré la clôture de notre registre d'inscriptions à une époque un peu prématurée, le nombre de nos élèves n'a pas diminué : il était de 109 pour l'année qui vient de se terminer, et il s'annonce cette année-ci comme devant marquer une notable progression, qui ne fera que s'accroître encore pour les années suivantes, étant donné les résultats obtenus par notre enseignement. Un seul fait suffira à les faire apprécier : cette année, sur 24 candidats sortant de l'Ecole dentaire de Paris qui se sont présentés devant la Faculté de médecine pour y subir les examens d'Etat, 20 ont été admis,

soit une proportion de 83 0/0. De tels chiffres se passent de commentaires et démontrent péremptoirement, s'il en était besoin, l'excellence de nos méthodes d'enseignement, que nous cherchons encore à améliorer sans cesse, toujours désireux de justifier notre devise : PROGRÈS.

Depuis la transformation apportée à l'exercice de l'art dentaire par la loi de 1892 et les décrets qui l'ont complétée, c'est la première année, pourrait-on dire, où nous avons été en période de fonctionnement régulier. Jusqu'alors nous nous trouvions aux prises avec mille difficultés résultant de la nouvelle situation de notre enseignement qui, de libre, devenait officieux.

Les choses n'allèrent pas toujours sans ennuis, et il fallut quelque temps pour mettre nos règlements en parfait accord avec les règlements et les habitudes de l'Université. Mais les petits différends qui se produisirent au début ne tardèrent pas à cesser. En présence de notre bon vouloir évident, de notre soin à rester dans la légalité et à régulariser tout ce qui pouvait prêter à quelque critique, l'administration universitaire n'a pas tardé à entrer avec nous en rapports réguliers, prenant notre avis sur les demandes d'équivalence qui lui étaient présentées, et nous chargeant d'informer nous-mêmes les élèves des décisions prises par elle.

Et cette situation si profitable à tous, nous avons pu l'obtenir sans aliéner, en aucune façon, notre autonomie, pour laquelle nous avons lutté si ardemment. Nous avons été heureux de voir consacrer ce principe par l'Université elle-même lorsque, en présence de certaines contestations qui lui avaient été soumises, elle a déclaré que nous étions absolument maîtres de notre règlement et de son application.

Au surplus, pour marquer nos bons rapports avec l'Université, n'avons-nous pas le plaisir de voir ici ce soir l'éminent doyen de la Faculté de médecine, notre supérieur hiérarchique, qui nous a soutenus sans cesse et qui vient pour la troisième fois nous apporter l'appui de son haut patronage à cette séance annuelle de réouverture des cours? (*Applaudissements.*)

Cette année, du reste, nous avons déjà été honorés d'une façon toute particulière par la visite du ministre de l'Instruction publique, M. Combes, qui, accompagné du ministre du Commerce, notre si dévoué président honoraire, M. Mesureur, a tenu à venir voir notre école en pleine activité. Il en a visité attentivement tous les services et a bien voulu nous témoigner toute sa satisfaction pour leur organisation et leur bon fonctionnement.

Ce sont là des encouragements qui nous sont précieux, et qui nous permettent de travailler avec une ardeur toujours croissante à la prospérité de notre chère institution.

Hélas ! faut-il que dans ce jour qui devrait être tout à la joie vienne se mêler tant d'amertume, quand nous constatons le vide immense qu'a laissé à nos côtés l'un des meilleurs d'entre nous, Paul Dubois, enlevé si prématurément à l'affection de ses amis et à

l'estime de tous ceux qui le connaissaient. Ai-je besoin de vous dire ce qu'il fut parmi nous, à vous tous qui vous intéressez à cette Ecole ? Son nom n'est-il pas lié indissolublement à celle-ci, comme à notre journal *l'Odontologie* ? Pour la première fois, depuis tant d'années, il n'est pas ici, près de nous, toujours modeste, fuyant les premiers rangs qu'il avait tant le droit d'occuper !

Il aura du moins en partant procuré à tous ses confrères l'occasion de faire en sa mémoire une manifestation de sympathie qui honore en même temps et celui qui en est l'objet et ceux qui la font : mort pauvre après toute une vie de travail et après s'être consacré avec un dévouement inépuisable aux intérêts de sa profession, ses collègues et ses amis ont ouvert une souscription en faveur de sa veuve et de ses enfants. Les offrandes sont venues de toutes parts, France, Angleterre, Amérique, donnant lieu à des manifestations de sympathie des plus touchantes. Cette souscription a produit une somme totale de 20.300 francs, avec laquelle le Comité de souscription a créé une rente qui permettra à sa famille de vivre à l'abri du besoin. (*Applaudissements.*)

Bien que notre journal fût une œuvre impersonnelle, nous avons voulu que le souvenir de celui qui avait tant fait pour lui y demeurât attaché d'une manière durable, et, depuis sa mort, *l'Odontologie* porte en sous-titre : *dirigée par Paul Dubois de* 1880 *à* 1896.

De tels témoignages de sympathie pour un homme en disent plus que de longs discours. (*Applaudissements.*)

La mort a frappé durement parmi nous cette année, nous enlevant des membres dans toute la force de l'âge, des jeunes gens même. Après notre ami Dubois, c'est Jourdheuil qui s'en va, l'un des membres fondateurs de cette Ecole, l'un de ses premiers diplômés ; Beauregard, membre fondateur également et l'un des premiers souscripteurs ; Potel, ancien diplômé, ancien chef du laboratoire de prothèse et ancien membre du Conseil d'administration ; Meunier, un de nos jeunes démonstrateurs, lauréat de sa promotion ; Berteaux, un de nos sociétaires. Nous avons encore perdu un de nos professeurs honoraires, le docteur Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, dont les savantes leçons ont laissé un si profond souvenir chez ses élèves.

C'est, on le voit, une mauvaise année, sous ce rapport. Heureusement de nouveaux membres viennent sans cesse non seulement combler les vides causés par ces pertes, mais encore accroître le nombre de nos sociétaires.

La mort de Paul Dubois a nécessité une modification dans le journal qu'il dirigeait avec tant de compétence : la besogne qu'il assumait à lui seul a dû être partagée entre plusieurs d'entre nous, qui continueront, ils l'espèrent, à le conduire au progrès et au succès.

Le perfectionnement de notre enseignement tient toujours une large place dans nos préoccupations : soucieux d'assurer à tous les travailleurs la possibilité d'arriver aux différents postes de l'enseignement, nous commençons à entreprendre un travail de rajeunis-

sement des cadres qui, grâce aux concours qui s'ouvriront prochainement, permettra d'entretenir parmi les membres de notre corps enseignant l'émulation indispensable à la prospérité de notre Ecole.

Cette année, M. Papot, professeur suppléant depuis cinq ans, et qui, à diverses reprises, a rempli avec le plus grand dévouement diverses fonctions administratives, a été nommé professeur titulaire. A la suite de concours ouverts au mois de mars, M. Touvet-Fanton a été nommé chef de clinique de consultation et M. Devoucoux, chef de clinique de prothèse, ce dernier poste créé dans le but de compléter encore le service de cette branche de notre enseignement, pour laquelle mon ami Martinier vient de faire un si chaleureux plaidoyer. (*Applaudissements.*) M. Maire vient d'être nommé démonstrateur. Enfin, bien que ce ne soit pas une nomination dans l'Ecole, nous n'en enregistrons pas moins avec plaisir la nomination comme dentiste des hôpitaux de notre collègue le Dr Sauvez, auquel le Congrès de Nancy, qui s'est tenu cette année, est certainement redevable d'une bonne part de son succès. (*Applaudissements.*)

Dans cette réunion, comme dans celle de l'année dernière, nos diplômés ont encore occupé le premier rang par le nombre et l'intérêt des communications présentées, montrant ainsi qu'ils ont conservé les bonnes traditions de travail qu'ils ont puisées ici, et dont notre vénéré doyen, M. Lecaudey, leur donnait encore là-bas l'exemple. (*Applaudissements.*)

Retenu par le cadre étroit de ce rapport, je ne vous parlerai pas des publications dues aux membres de notre corps enseignant ; mais je puis du moins constater que ces publications montrent que ce corps enseignant tient à honneur de rester à la tête du mouvement scientifique.

Nous avons été heureux cette année de voir accorder les palmes académiques à l'un de nos plus anciens et dévoués professeurs, M. Ronnet, auquel le ministre a décerné cette distinction si méritée, lors de sa visite à l'Ecole. (*Applaudissements.*) M. Touchard, professeur suppléant, a été nommé officier de l'instruction publique, et M. Denis, démonstrateur, officier d'Académie.

La distribution des décorations n'est pas de notre ressort, et nous ne songeons pas à nous en plaindre ; mais nous avons un autre moyen (qui leur est, j'en suis sûr, aussi précieux) de récompenser les membres qui ont prodigué ici leur temps et leur peine. Chaque année, nous décernons aux plus anciens d'entre eux une médaille comme gage de notre sympathie et de nos remerciements. Cette année, une médaille d'or a été attribuée à notre collègue M. Lemerle, comme professeur, et une médaille d'argent à M. Prével, comme chef de clinique. Ces choix seront, nous en sommes sûrs, ratifiés par tous, puisqu'ils ont porté sur deux des plus dévoués à l'Ecole. (*Applaudissements.*)

Nos collections de tout genre s'accroissent de plus en plus, grâce à la générosité des donateurs ; et, si nous n'oublions pas nos morts, il est juste de dire qu'ils ne nous oublient pas non plus. Nous avons

eu, cette année, deux legs importants: notre estimé et regretté confrère M. Beauregard a laissé à l'Ecole, par testament, une collection des plus intéressantes de gravures relatives à l'art dentaire; et Mme veuve Dubois, remplissant le désir de son mari, nous a fait don de toute sa bibliothèque scientifique, legs important par le nombre et l'intérêt des volumes qui la composent. M. Jourdheuil enfin nous a laissé divers objets et pièces pour le musée.

Dans les préoccupations bien légitimes que nous cause notre enseignement, nous n'avons garde d'oublier que nous sommes en même temps établissement d'assistance, et nous cherchons à améliorer sans cesse le service de nos consultations toujours de plus en plus suivies, puisque cette année il a été traité à l'École 25946 malades (18.031 anciens, 7.915 nouveaux). C'est là un chiffre des plus éloquents et qui est la meilleure justification que nous puissions fournir à l'appui de la demande que nous avons faite d'une subvention sur les fonds provenant du pari mutuel afin d'agrandir nos locaux devenus trop exigus, ainsi que d'une augmentation de la subvention de la ville de Paris et du Conseil général de la Seine.

Lors de la visite du ministre de l'instruction publique, nous lui adressâmes trois vœux : l'un tendant à ce qu'il ne soit pas créé un enseignement dentaire officiel concurrent de celui des écoles dentaires libres ; le second demandant une place parmi les représentants de l'enseignement libre au Conseil supérieur de l'instruction publique ; le troisième enfin réclamant pour nos élèves la dispense du service militaire dont profitent les étudiants de l'enseignement supérieur. (*Applaudissements.*)

De ces trois vœux le premier a été écouté cette année encore, et nous espérons qu'il continuera à l'être dans l'intérêt de tous; les deux autres n'ont pas encore reçu de solution et nous espérons que M. le doyen voudra bien les appuyer auprès des pouvoirs publics. (*Applaudissements.*)

Nous nous permettrons de formuler aujourd'hui encore quelques desiderata s'adressant plus particulièrement à notre éminent président.

Etant donné l'importance considérable pour le dentiste de la partie pratique de son art, ne serait-il pas bien légitime d'accorder à celle-ci dans les examens d'Etat une place plus considérable que celle qu'elle occupe aujourd'hui et qui est absolument insuffisante, de l'avis de tous indistinctement, pour juger de la valeur d'un candidat ?

Enfin, et ce n'est là qu'un retour à ce qui s'est fait pour la première session d'examen, et c'est ce qui vient de se faire à la Faculté de Bordeaux, nous demandons l'entrée des professeurs des écoles dentaires dans les jurys d'examens : il n'est que juste que ceux qu'on estime suffisants pour enseigner le soient reconnus également pour examiner.

En terminant ce rapport, que je m'excuse d'avoir fait si long, c'est à vous que je m'adresserai, Messieurs les élèves, à vous qui ve-

nez de terminer vos études ou qui les commencez aujourd'hui. J'espère que vous vous souviendrez toujours de la devise d'union et de progrès de l'Ecole dentaire de Paris, et que plus tard, à votre tour, vous tiendrez à honneur de nous apporter votre part de travail, afin de continuer l'œuvre à laquelle se sont dévoués vos devanciers. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. BROUARDEL,

Doyen de la Faculté de médecine.

(*Compte-rendu analytique.*)

Monsieur le Directeur,
Mesdames,
Messieurs,
Messieurs les professeurs,

Pour la troisième fois vous m'avez fait le grand honneur de me demander de présider cette séance ou plutôt cette fête, et j'avoue que j'ai accepté cette offre avec le plus grand plaisir, tant j'ai gardé un excellent souvenir de nos rencontres antérieures. Mais vous m'avez prodigué aujourd'hui tant de louanges, louanges imméritées d'ailleurs, que je ne sais pas si j'oserai jamais me représenter devant vous, si, par la suite, vous me renouvelez le même honneur.

Si j'ai conservé de si bons souvenirs de ma présence parmi vous, c'est que ces présidences marquent pour moi des étapes successives dans votre vie. La première fois, vous étiez venus au monde depuis peu, vous étiez un enfant que tout le monde trouvait ravissant et que chacun voulait caresser. La deuxième fois, vous aviez grandi, vous aviez douze ans, vous étiez déjà à un âge auquel il y a des devoirs à remplir et l'on commençait à vous découvrir quelques défauts.

Il faut croire cependant que vous n'étiez pas complètement dépourvu de charmes puisque, à ce moment même, tous ont voulu vous épouser, bien que vous n'eussiez pas de dot. Tandis que d'aucuns voulaient vous adopter en faisant de vous à 12 ans un docteur déjà revêtu d'une longue robe, d'autres prétendaient vous maintenir dans les langes.

Comme personne n'a réussi à vous transformer à son gré, l'Etat a songé à légitimer votre situation et il l'a fait: aujourd'hui vous êtes son épouse légitime, avec cette particularité toutefois que votre époux n'est pas jaloux et qu'il vous permet de flirter en toute liberté. (*Applaudissements.*)

Cette situation a de grands avantages pour vous ; mais ce qui rend vos vœux légitimes, c'est qu'on n'a pas pu vous donner, sans vous absorber, certains privilèges qui appartiennent à la légitimité. Aussi l'Etat s'est-il contenté de vous demander un minimum extrême en vous imposant certains examens. Ces examens prouvent que vous

êtes hors d'état de nuire, mais non que vous savez votre métier. De même, quand l'Etat donne le bonnet de docteur, cela ne signifie point que celui qui le reçoit connaît les maladies des yeux, des oreilles, des dents, mais seulement qu'il a les connaissances générales nécessaires pour apprendre ultérieurement à les traiter.

Il est certain qu'il manque aux examens que vous subissez un examen de prothèse, ainsi qu'on le disait tout à l'heure; mais, si vous ne l'avez point, ce n'est certes pas par ma faute. Encore une fois, les examens prouvent un minimum de connaissances indispensables ; mais c'est tout. Et qui fixe ce minimum ? Croyez-vous que ce soit la Faculté ? Point du tout. Ce sont les candidats, ce sont les sociétés libres qui sont à côté des institutions officielles, qui l'imposent, en quelque sorte, par leurs organes. Vous pouvez agir comme ont fait les institutions d'enseignement médical qui entourent la Faculté. Vous rencontrerez quelques petites difficultés pour réussir; mais ma conviction est que, si vous montrez qu'en dehors de vos examens vous faites un effort supérieur, vous faites une élite à côté de la moyenne, non seulement vous conquerrez un rang plus élevé, mais vous aurez la même réputation que les docteurs qui ont passé par divers concours. Ce qui maintient la réputation de la Faculté, ce qui a élevé son niveau, c'est l'effort fait dans une institution indépendante d'elle, dans l'Assistance publique qui, en créant en 1802 le concours de l'internat, a créé une élite d'élèves qui a forcé tous les élèves à les suivre. (*Applaudissements.*)

Il vous appartient de prendre dans le monde médical la place à laquelle vous donneront droit vos efforts successifs. Dans ce que vous appeliez tout à l'heure votre période héroïque, vous avez été superbes d'énergie et de dévouement; mais il faut continuer. Si vous avez ainsi obtenu l'estime de tous, c'est parce que, au lieu de conserver avec jalousie votre savoir pour vous-mêmes, vous avez mis en commun ce savoir. C'est pour cela que, comme je le disais tout à l'heure, chacun voulait vous épouser. Quand on a fait cette loi qui règle votre situation, loi dont je n'ai pas besoin de vous dire que je ne suis pas l'auteur responsable, tous y ont collaboré, chacun a voulu y mettre un petit article qui lui plaisait.

En agissant ainsi on a dû se faire des concessions réciproques, et c'est avec ces concessions que nous sommes obligés de vivre. Mais quand cette réglementation sera trop âgée, quand elle aura vieilli, il y aura lieu de lui faire subir une sorte de redressement, c'est-à-dire de redresser les dispositions qui manqueront de régularité. Quand cette opération se fera, et elle se fera, soyez-en sûrs, je ne doute pas que ce ne soit comme vous le désirez, parce qu'alors vous serez infiniment plus nombreux et vous pourrez parler avec plus d'autorité encore. Je suis intimement convaincu de votre succès final parce que votre passé me répond de votre avenir. (*Applaudissements prolongés.*)

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES.

M. Godon prononce les paroles suivantes:

Notre secrétaire général vient de vous dire que, pour rendre hommage au dévouement du corps enseignant de l'Ecole, le Conseil d'administration avait adopté la coutume de décerner aux plus anciens de ses membres une médaille d'or et une médaille d'argent.

Cette année la médaille d'or a été attribuée à M. L. Lemerle, professeur de dentisterie opératoire.

M. Lemerle a été diplômé et lauréat de l'année scolaire 1883-84, démonstrateur en 1884, professeur-suppléant après un brillant concours en 1885, il a été nommé professeur titulaire en 1890.

M. Lemerle a, de plus, exercé pendant ces douze années diverses fonctions dans l'administration comme membre du Conseil de direction, dont il est vice-président depuis 1888, et comme membre du Conseil d'administration de l'Association, dont il a été président pendant un an. On lui doit la réorganisation du musée.

Le Conseil de direction, reconnaissant de ces douze années de services dévoués et ininterrompus, a décerné à M. Lemerle une médaille d'or. (*Applaudissements.*)

La médaille d'argent a été attribuée à M. Alf. Prével.

M. Prével a été diplômé de l'Ecole en 1882, démonstrateur en 1883.

Il a eté nommé chef de clinique en 1883, et il remplit ces fonctions depuis cette époque.

M. Prével a également été membre du Conseil d'administration depuis 1884, et économe de l'Ecole depuis 1893. Il a été conservateur-adjoint du musée.

Quand j'aurai ajouté que c'est au dévouement de M. Prével que nous devons chaque année l'organisation de cette fête, vous joindrez vos suffrages à ceux du Conseil de direction pour lui remettre la médaille d'argent que le Conseil lui a attribuée pour ses treize années de services dévoués. (*Applaudissements.*)

PALMARÈS.

Année scolaire 1895-96.

3e année.

Elèves ayant obtenu le nombre de points fixé par le règlement et auxquels sont accordés le diplôme de l'Ecole dentaire et les récompenses suivantes :

Maximum des points : 126. Minimum : 73.

Session de juillet.

M. Duvignau, Maurice.............................. 117 1/2

1[er] *Prix d'excellence* : Médaille de vermeil offerte par l'Ecole.
— — de M. le Ministre du commerce.
Prix White de Philadelphie. Tour à fraiser.
Epreuves pratiques : Prix Victor Simon. Trousse de daviers.

M. Décolland, Eugène........................... 107 3/4
3[e] *Prix d'excellence* : Médaille de bronze offerte par l'Ecole.
— d'argent de M. le Maire du IX[e] arrondissement.
Prix Mamelzer. Machine à vulcaniser.

M. Kintgen, François........................... 104 3/4
1[re] *Mention honorable* : Prix Berthaux. Volumes.

M. Baudelot, Jean........................... 104 1/2
2[e] *Mention honorable* : Prix Berthaux. Volumes.

Mme Salomon, Alice........................... 100 1/2
3[e] *Mention honorable*.

MM.	Thumas, Edouard...........................	96
	Zbinden, César...........................	94
	Valderrama, Antonio...........................	93 1/4
	Gauthé, Georges...........................	91 3/4
Mme	Faurou, Lucy...........................	91
M.	Ash, John...........................	89 1/2

Prix de clinique : Offert par M. Lecaudey.

MM.	Jouanin, Louis.....	87 3/4
	Papazian, Haroutiun	87
	Huguenet, Victor...	84
	Aslan, Vincent.....	82 1/2
	Sauvigny, Paul.....	80 3/4
	Fortier Emile......	77 1/2

Session de septembre.

M.	Mariez, Henri......	98
M[lle]	Motchoulsky, Adèle.	95 1/4
MM.	Duplan, Gaston.....	87 3/4
	Poudensan, Joseph.	77 1/2

2[e] année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année, admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum des points : 72. Minimum : 42.

Session de juillet.

M. Viers, Gaëtan........................... 63 1/2
Prix d'excellence : Prix Joubert. Coryleur.
Prix de clinique : Prix du Conseil général de la Seine.

M. Calame, Jules........................... 61 3/4
Epreuves pratiques : Prix Ash. Trousse de daviers.

MM.	Vincent, Georges...	60
	Tenet, Henri.......	56 1/2
	Robach, Louis.....	56 1/4
	Mussat, Camille....	52 1/2
MM.	Baudet, Georges....	51 1/4
	Cahen, Jules.......	49 3/4
	Hachet, Alix.......	49 1/2
	Huron, Paul.......	49 1/

MM.	Aubert, Emile.....	48 1/2		*Session de septembre.*	
	Thomas, Auguste...	47	MM.	Bouzique, Eugène..	54
	Noguès, Evariste...	46 3/4		André, Georges....	52 1/2
	Ribard, Jules.......	46 3/4		Crapez, Auguste....	47 3/4
Mme	Gelbestein, Sophie..	45 3/4		Logan, Kenneth....	47 1/2
MM.	Buscail, Henri......	45 1/4	Mlle	Bouret, Jeanne.....	43
	Baumgarden, Charles	43 1/4	M.	Brodeur, Lactance..	42 1/4

1re année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de première année, admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum des points : 48. Minimum : 28.

Session de juillet.

M. Pourveur, Georges............................ 41 1/2

Prix d'excellence : Prix Cornelsen. Maillet automatique.

MM.	Amillac, Albin............................	40
	Barjavel, Marie............................	39 1/2
	Wilbert, Urbain............................	38 3/4
	Cernéa, Jean............................	38 1/2
	Fischer, Jean-Baptiste............................	38
	Brodeur, Georges............................	37
	Casati, Claude............................	35 1/2

M. Delacoux, Achille............................ 34 1/2

Epreuves pratiques : Prix Berthaux. Volumes.

Prix de clinique : Prix du Conseil général de la Seine.

MM.	Barthélemy, René..	33 3/4		*Session de septembre.*	
	Pourquié, Pierre...	32 1/4	MM.	Paillard, André....	40
	Gadeau, Maurice...	31		de la Loge, Henry..	34 1/2
	Chateau, Jean......	30 1/4		Fertin de Gency, F.	34
Mlles	Challiot, Madeleine.	30		Fuchs, Maurice.....	33
	Weil, Emma.......	30		Eudlitz, Zacharie...	29 1/2
MM.	Pittet, Henri.......	29		Pellerat, Eugène...	29 1/10
	Fouques, Gaston...	28			

TRAVAUX ORIGINAUX.

DEUX OBSERVATIONS D'ACCIDENTS INFECTIEUX PÉRI-BUCCAUX, CONSÉCUTIFS A DES EXTRACTIONS DENTAIRES

Par M. le Dr Edouard Friteau,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,
Répétiteur (cours des élèves-dentistes) à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

1re *observation. — Angine phlegmoneuse péritonsillaire et adéno-phlegmon du cou.*

M. An. Pr..., 36 ans, ouvrier boulanger, se présente, le 20 juin

dernier, à la consultation de M. X..., chirurgien-dentiste à Paris, pour une névralgie dentaire datant de deux à trois semaines, mais ayant pris, depuis la veille, un caractère d'acuité spéciale, rendant tout repos impossible. L'examen rapide du système dentaire dénote la présence d'une carie pénétrante de la dent de sagesse supérieure gauche. Sur la demande formelle du malade, notre confrère procède immédiatement à l'extraction.

L'extraction est faite, sans anesthésie, à l'aide d'un davier dont les mors sont trempés dans une solution d'acide phénique à 1 0/0; l'ébranlement de la dent est difficilement obtenu, et ce n'est qu'après quelques efforts que la dent est extraite : elle amène avec elle un fragment d'alvéole. Aussitôt après, le malade s'étant mouché, notre confrère constate que ses mucosités nasales sont striées de sang : bientôt même la narine gauche laisse suinter quelques gouttes de sang. En présence de cette hémorragie nasale, notre confrère reconnaît que la fracture alvéolaire accompagnant l'extraction a entraîné la perforation du sinus ; il fait laver la bouche du malade avec de l'eau chaude et chaque lavage est accompagné d'un écoulement d'eau par la narine gauche; un stylet pénètre facilement dans l'antre d'Highmore, dont l'ouverture ne peut ainsi être mise en doute.

Notre confrère fait observer à son client que l'extraction, particulièrement difficile, a amené des complications inattendues, mais que la gravité de ces complications serait diminuée par l'observation scrupuleuse de son ordonnance; le malade se soumet volontiers au régime imposé, et, toutes les deux heures, il se lave la bouche avec une solution de chloral à 1 0/0.

Dès le lendemain matin, après une nuit un peu agitée, le malade éprouve de la difficulté à avaler sa salive; il a la gorge chaude. Au déjeuner l'appétit est nul. Vers 3 heures il frissonne, avale plus difficilement encore, et revient chez son dentiste. La gorge est d'un rouge intense ; le voile du palais semble abaissé ; le malade souffre vers l'angle mandibulaire, où existe un ganglion lymphatique, gros comme une noisette, roulant sous le doigt.

Ne croyant pas avoir affaire à une angine particulièrement grave, notre confrère se contente d'augmenter le nombre des lavages antiseptiques au chloral.

Durant la nuit, insomnie. La déglutition devient impossible; la voix est sourde, la respiration est pénible et bruyante. Sentant que sa situation devient grave, le malade accourt chez son dentiste, dès 8 heures du matin.

Notre confrère, terrifié par l'ensemble de tous les symptômes, vient aussitôt me demander conseil. Le même soir, à 3 heures, c'est-à-dire 48 heures après l'extraction, voici ce que je constate :

Le malade se présente avec une dyspnée très intense ; ses narines sont dilatées, sa bouche est entr'ouverte, et il a 32 respirations par minute ; la muqueuse des lèvres est bleuâtre, les yeux sont excavés et brillants; la face est pâle, recouverte d'une sueur froide.

La peau du malade est brûlante, et le thermomètre, placé sous l'aisselle, note 39°8.

Chacune des commissures labiales laisse écouler une salive visqueuse et très filante. La voix est nasonnée, et l'articulation des sons est si défectueuse que je comprends avec peine les réponses que le malade me fournit. L'haleine est fétide. La langue est recouverte d'un enduit saburral ; les gencives sont rouges, et, au niveau de la dent extraite, il existe une plaie, déchiquetée, recouverte d'un enduit jaunâtre ; un lambeau de cette gencive est grisâtre, il flotte et semble prêt à se détacher.

La muqueuse du voile du palais et de la gorge est rouge intense, lisse, vernissée, chaude. Le voile du palais est asymétriquement abaissé vers la langue : toute sa moitié gauche est tuméfiée, et la tuméfaction s'étend en avant jusqu'à la partie moyenne de la voûte palatine osseuse ; en dedans elle dépasse la ligne médiane, et la luette se trouve reportée vers la droite. Cette tuméfaction s'étend en arrière dans les piliers du voile, particulièrement dans le pilier antérieur gauche, qui se présente lisse et épaissi, franchissant la ligne médiane, et masquant l'amygdale.

Toutes ces régions sont chaudes, dures, résistantes ; leur exploration est particulièrement douloureuse ; en un point qui correspond à la partie moyenne du pilier antérieur, la muqueuse est plus lisse, elle paraît amincie : à ce niveau, la résistance est remplacée par une sensation de fluctuation telle que l'on peut affirmer la présence d'une collection purulente, sur le point de se faire jour spontanément.

La moitié droite du voile du palais n'est point tuméfiée, la muqueuse en est simplement rouge et chaude. L'amygdale droite n'est pas gonflée. Rien de particulier à noter sur la petite portion de muqueuse pharyngienne que l'on découvre au delà du bord libre du pilier droit.

La constatation de ces divers symptômes m'expliquait l'impossibilité presque complète de la déglutition, la gêne respiratoire et la dyspnée consécutive, les douleurs pulsatiles ressenties dans la gorge depuis la veille.

D'autre part, la région sous-maxillaire gauche était occupée par une tuméfaction diffuse qui s'étendait en hauteur du bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous de l'os hyoïde. Dans le sens sagittal, on la voyait commencer à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane du cou, pour déborder en arrière le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. En haut et en arrière, elle atteignait le lobule de l'oreille, qu'elle paraissait soulever légèrement. La peau de toute cette région était chaude, tendue, œdémateuse, de coloration rosée. Cette tuméfaction avait une dureté ligneuse, et, en aucun point, on n'y pouvait découvrir de fluctuation, même profonde ; c'était un empâtement très dur, au milieu duquel la palpation ne pouvait rien délimiter. Je ne trouvai pas de rapport direct entre les deux tuméfactions périamygdalienne et sous-maxillaire. La tête était immobile : le moindre mouvement provoquait de vives douleurs au niveau de cette tuméfaction.

Je dois ajouter que je n'avais rien relevé d'intéressant dans les antécédents héréditaires et personnels du malade. Son état général

était mauvais : il était pâle, amaigri. Le malade mettait cet amaigrissement sur le compte d'excès de travail nécessités par ses charges de famille.

J'ajouterai enfin que son système dentaire était en mauvais état : toutes ses dents étaient recouvertes de tartre, et un très grand nombre étaient atteintes de carie, à des degrés variables.

En présence de tous ces symptômes, je portai le diagnostic suivant : angine phlegmoneuse péritonsillaire gauche compliquée d'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Tandis que, du côté de la gorge, le pus était nettement collecté, j'affirmai que rien de semblable ne s'était encore passé du côté des ganglions, et je fis prévoir au malade que la guérison de l'angine amènerait sans doute la disparition de l'adéno-phlegmon.

La dyspnée était assez intense pour me pousser à une intervention immédiate. J'ouvre l'abcès péritonsillaire en son point le plus fluctuant : un flot de pus jaunâtre, mélangé de sang très épais, d'une fétidité repoussante, emplit la gorge du malade. Mon index déchire les brides qui cloisonnent la cavité suppurante, et je fais immédiatement un lavage de la bouche et de la gorge avec deux litres d'une solution d'hydrate de chloral à 2 0/0. Ces lavages furent faits sous pression, à l'aide d'un entonnoir en verre, pourvu d'un tube de caoutchouc portant à son extrémité une canule de verre.

Je recommandai au malade de venir 6 à 7 fois par jour chez son dentiste qui ferait lui-même des lavages semblables ; il revint deux fois dans la soirée : la dyspnée diminua progressivement et, la nuit, le malade put dormir. Il se gargarisa souvent avec une solution de chloral à 1 0/0.

Le lendemain matin je constatai une amélioration considérable tant du côté de la gorge que de l'état général ; toutes mes prévisions se réalisaient : l'adéno-phlegmon entrait en résolution. La plaie du pilier antérieur était béante et de bon aspect. Je fis continuer les grands lavages toute la journée ; le dentiste les fit lui-même, toutes les deux heures. Trois jours après, la guérison était complète, l'engorgement sous-maxillaire avait totalement disparu et l'ouverture de l'abcès était à peu près cicatrisée.

Le malade ne revint plus, et nous n'avons jamais pu savoir, mon collègue et moi, ce qu'est devenue la perforation de son sinus.

2e *Observation. — Angine de Ludwig.*

Marie From..., 30 ans, femme de ménage, se présente le 13 septembre dans le même cabinet : elle réclame l'extraction de plusieurs dents cariées afin de pouvoir porter un appareil prothétique.

Les extractions sont commencées le jour même, sans anesthésie : les deux incisives centrales inférieures et l'incisive latérale supérieure droite sont arrachées.

Le 17, extraction de l'incisive latérale gauche inférieure et de la 1re grosse molaire inférieure droite.

Le 20, extraction des prémolaires supérieures droites et de la dent de sagesse supérieure du même côté.

Le 24, extraction de la dent de sagesse supérieure gauche et de la deuxième grosse molaire inférieure gauche.

Le 28, extraction de la dent de sagesse inférieure droite.

Toutes ces extractions sont faites au davier; elles sont, en réalité, assez faciles : elles portent sur des dents déjà ébranlées ou sur quelques chicots dont la solidité est bien douteuse. Je dois dire que notre collègue, en présence d'un système dentaire en si mauvais état, s'était préoccupé de l'état général de sa malade : l'analyse des urines avait été faite et n'avait donné ni sucre ni albumine. Aucune maladie antérieure n'avait en outre été notée.

Notre collègue avait prescrit des lavages buccaux avec de l'eau boriquée à 40 pour 1000, et le travail de réparation se faisait normalement. Au moment où je vis la malade, je constatai, sur la partie la plus reculée de la gencive inférieure droite, une ulcération superficielle, à bords déchiquetés, à fond gris noirâtre.

Le 1[er] octobre, la malade se présente à 10 heures du matin et se fait arracher ses deux petites molaires inférieures droites ; il ne restait plus de ces deux dents que la racine en partie recouverte par la gencive. A l'inverse de toutes les autres, ces deux extractions furent difficiles : les mors du davier à racine contusionnèrent et meurtrirent fortement les gencives, malgré toutes les précautions prises. Le davier avait été simplement trempé dans une solution froide de permanganate de potasse à 2 p. 1000, et les mains de l'opérateur avaient été lavées au savon ordinaire, dit de toilette.

Le même soir, vers 5 heures, la malade fut prise de frissons, et il lui sembla que sa langue était épaissie. N'ayant aucun appétit, elle se mit au lit sans prendre aucun aliment, et elle se trouva si fatiguée qu'elle négligea les lavages de bouche qu'on lui avait ordonnés. Durant la nuit, des douleurs, d'abord sourdes, puis lancinantes, se manifestent dans le plancher de la bouche et empêchent tout sommeil : la sensation d'épaississement lingual s'est modifiée, et la malade a conscience que sa langue se soulève vers le palais.

Le matin du 2, la malade, courbaturée, atteinte de violents maux de tête, ne peut se lever : elle doit attendre le retour de son mari (garde de Paris) qui est de faction jusqu'à 10 heures. Dès son arrivée, celui-ci est tellement effrayé de l'abattement de sa femme qu'il court prévenir notre collègue.

Après un rapide examen, M. X... juge la situation mauvaise et vient demander mon appui.

A deux heures du soir, c'est-à-dire 28 heures après les dernières extractions, je constate les faits suivants :

La malade se plaint de respirer difficilement : elle a conscience que sa langue se soulève de plus en plus, et que ce soulèvement est cause de la gêne respiratoire.

Je trouve la langue presque collée à la voûte du palais; la région sublinguale est transformée en une tuméfaction dure, non fluctuante : la muqueuse en est rouge, recouverte par une nappe de salive visqueuse et filante. Cette tuméfaction a son maximum à droite, elle dépasse un peu, vers la gauche, le frein de la langue : j'ai déjà dit

qu'elle était dure, j'insiste sur cette dureté, qui était *véritablement ligneuse.*

Le fond des alvéoles des prémolaires droites arrachées la veille est rempli de débris grisâtres et fétides.

Pour en finir avec l'état de la bouche, j'ajouterai que la langue était recouverte d'une épaisse couche jaunâtre, que la salivation était abondante et que l'haleine était fétide.

J'ai déjà dit que le travail de réparation était en bonne voie, au niveau des dents extraites antérieurement, sauf à la hauteur de la dent de sagesse inférieure droite.

Du côté du cou je notai une tuméfaction considérable : toute la région sus-hyoïdienne médiane était occupée par une tuméfaction, *dure comme du bois,* non bosselée, sur laquelle la peau, très chaude, était lisse et rouge ; elle encadrait le bord inférieur de la mâchoire, et, asymétrique, elle avait son maximum du côté droit. Nulle part elle ne présentait trace de fluctuation, même profonde.

La face était pâle, couverte de sueur, la dyspnée était intense, la malade avait 28 respirations par minute : j'auscultai ses poumons et m'assurai que cette dyspnée ne pouvait être mise que sur le compte de l'occlusion presque totale de la bouche par le soulèvement lingual. — La température axillaire s'élevait à 39°6 ; le pouls battait 107 par minute ; l'appétit était nul, la soif vive, etc.. Tous ces symptômes généraux aggravaient singulièrement le pronostic.

Etant donné la marche suraiguë des phénomènes, j'écartai toute idée d'affection chronique, grenouillette ou autre. En présence de cette double tuméfaction sublinguale et sus-hyoïdienne, je repoussai aussi l'hypothèse d'ostéite suppurée ou d'adéno-phlegmon du ganglion sous-mentonnier, et je posai le diagnostic ferme d'angine de Ludwig, c'est-à-dire de phlegmon de la loge sublinguale.

Pour des raisons de famille, la malade n'écouta pas mes conseils et remit au lendemain l'incision cutanée dont je lui signalai l'urgence.

Le lendemain, son mari vint me prévenir que l'état était devenu plus grave encore, mais que des relations personnelles avec un médecin-major de l'armée l'obligeaient à lui confier la santé de sa femme. Mon confrère militaire devait pratiquer l'ouverture dans le courant de la journée.

Mon rôle était fini, et je n'ai plus reçu de nouvelles de ma malade ; je ne sais si le pronostic, toujours si grave, des angines de Ludwig, s'est réalisé.

Telles sont les deux observations qui m'ont semblé dignes d'être publiées, non seulement à cause de leur excessive rareté et de leur gravité exceptionnelle, mais surtout à cause de l'étiologie que je me crois autorisé à leur attribuer.

Les extractions dentaires n'ont plus de suites graves, depuis les précautions antiseptiques que tous les dentistes mettent si bien en pratique, et le pronostic en est devenu d'une bénignité absolue. Comment se faisait-il que, à deux mois d'intervalle, des accidents graves survinssent ainsi dans le même cabinet ?

L'explication me paraît bien simple. Quelques jours avant le premier accident, un des parents de notre collègue, habitant avec lui, avait été atteint d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu. Malgré toutes les recommandations qui lui furent faites, l'érysipélateux, durant sa convalescence, promena ses streptocoques de Fehleisen dans tout l'appartement, ne respectant même pas le cabinet d'opérations. Je me crois autorisé à voir, entre cet érysipèle et les accidents infectieux post-opératoires, une relation de cause à effet : il me semble reconnaître la malignité du streptocoque de Fehleisen dans la marche suraiguë des phénomènes observés. Je regrette bien de n'avoir pu faire des recherches bactériologiques qui m'eussent permis de transformer en une certitude l'hypothèse que j'émets sur l'étiologie des phénomènes observés.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS,

Réunion du mardi 13 octobre 1896.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

M. Martinier. — Le procès-verbal de notre dernière séance — celle de juin — a été publié dans le numéro de juillet de *l'Odontologie.* Quelqu'un a-t-il des observations à formuler sur ce procès-verbal?

Aucune observation n'est présentée. Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Martinier. — M. d'Argent, secrétaire général, indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion.

I. — La cataphorèse, par M. le Dr Grosheintz, de Bale.

M. le Dr Grosheintz donne lecture d'une communication sur ce sujet (*Sera publiée*).

DISCUSSION.

M. le Dr Roy. — La cataphorèse a été recommandée par M. Foulon, pour le traitement des kystes radiculaires ; il introduit l'électrode positive dans le canal, l'électrode négative en pôle perdu dans la main, il fait passer un courant et, en quelques séances, le kyste disparaît. Il désinfecte suivant la méthode ordinaire.

M. Godon. — Il ne faisait pas passer de médicament ?

M. le Dr Roy. — Non, un courant seulement.

M. Godon. — Alors c'est de l'électrolyse et non de la cataphorèse.

M. le Dr Roy. — Oui, mais M. Foulon emploie des électrodes de cuivre qui se décomposeraient.

M. Godon. — Dans la cataphorèse on fait passer un médicament.

M. Martinier. — M. Foulon avait, lui aussi, employé la cata-

phorèse. Il se servait de cocaïne à 10 0/0 à chaud. Il avait même construit des électrodes en platine, destinées à recevoir le tampon de ouate hydrophile imbibé de la solution de cocaïne qu'il faisait pénétrer à l'aide de courants de chaque côté de la gencive. Il arrivait à produire une anesthésie suffisante pour l'extraction des dents.

M. le Dr Roy. — Vous employez le chlorhydrate de cocaïne; c'est une petite faute parce que le sel est décomposé, l'acide mis en liberté, et il pourrait en résulter un inconvénient.

M. Godon. — J'appelle l'attention des membres de la Société sur l'application pratique de la cataphorèse, qui montre combien les procédés nouveaux ont de peine à s'implanter parmi nous. Celui-là n'est pourtant pas, à proprement parler, un procédé nouveau puisqu'il a été inventé en France en 1839 par un Français; seulement, comme il n'a pas été accueilli immédiatement par le public médical, il a passé à l'étranger et n'a été repris que beaucoup plus tard par les médecins français. Il a été publié un article sur cette question dans *l'Odontologie* en 1893; M. Grosheintz s'en occupe depuis 18 mois et le *Dental Cosmos* en a parlé en février dernier.

M. Grosheintz. — L'auteur de l'article du *Cosmos*, M. Gillett, a fait une conférence l'an passé sur ce sujet.

M. Godon. — La cataphorèse a été présentée au Congrès de Nancy. Autrefois elle était mal connue, nous n'avions pas les instruments voulus pour l'appliquer. Fort heureusement M. de Trey nous a soumis, à Nancy, des instruments très parfaits qui en rendent l'emploi facile. Cet exemple témoigne une fois de plus de la lenteur avec laquelle les progrès se font jour dans notre profession, en France du moins.

M. Grosheintz. — M. Foulon faisait de l'électrolyse. En définissant la cataphorèse j'ai dit, en effet, qu'elle se distingue de celle-ci en ce que dans la cataphorèse le courant électrique transporte un fluide. Maintenant, pour répondre à l'objection de M. Roy, je ferai remarquer que j'emploie le chlorhydrate de cocaïne, parce que la cocaïne seule ne me donnerait pas une matière suffisamment conductrice ; il faut que ce soit un sel de cocaïne, car il se produit une décomposition d'abord, puis, au bout d'un temps, une formation nouvelle.

La cataphorèse a été étudiée par le Dr Morton, de New-York, qui l'a introduite le premier. Je ne vous dis de ce procédé que ce que j'en sais et je suis venu surtout pour vous inviter à l'employer ; je ne vous ai parlé que de l'insensibilisation de la dentine, parce que c'est le seul cas dans lequel je me sois servi de ce moyen, mais il est hors de doute que nous pourrions l'utiliser également dans la pyorrhée alvéolaire, par exemple.

M. Viau. — Vous dites que les corps gras ne peuvent être employés et vous employez le gaïacol, qui est un corps gras !

M. Grosheintz. — Un corps trop conducteur passe trop vite ; il faut un corps qui ne soit pas trop conducteur.

M. Viau. — Le 2e courant est tenu dans la main, de sorte que

l'espace du courant est très grand. Pourquoi n'appliquez-vous pas le 2e courant dans une partie plus voisine ?

M. Grosheintz. — Avec un courant électrique de 30 volts pour 1/300 de milliampère, avec lequel nous commençons, il faut intercaler 3/1.000.000 d'ohms ; le point où l'on place l'électrode négative est donc indifférent. L'électrode négative doit être plus grande que l'électrode positive.

Pendant un temps, pour avoir un courant continu, je faisais plonger la main de mon patient dans un bassin contenant de l'eau salée où se trouvait une chaîne de métal, et le courant passait uniformément ; mais j'ai jugé que cette façon de faire était un peu gênante, pour les dames notamment.

M. Ronnet. — J'ai eu le plaisir d'assister dimanche aux expériences de M. Grosheintz, que j'ai suivies avec intérêt ; mais je suis obligé de dire, sans vouloir toutefois formuler la moindre critique, que nous n'avons pas eu de cas absolument probant, car la dentine n'était pas très sensible ; or, pour ma part, j'ai pénétré sans la cataphorèse dans la cavité pulpaire avec des conditions à peu près acceptables. Il faut donc chercher encore et étudier ce sujet.

Dans votre pratique avez-vous eu des dentines très sensibles avec les mêmes résultats que nous avons vus, puisque le cas ne s'est pas présenté l'autre jour ?

M. Grosheintz. — Plus la sensibilité de la dentine est grande, mieux le procédé réussit, et je n'aime pas les cas où la sensibilité n'est pas grande. Je doute fort qu'on eût pû enlever la pulpe sans douleur dimanche sans le secours de la cataphorèse.

M. Ronnet. — Avez-vous eu des cas très probants ? Nous sommes rentrés dans la cavité pulpaire ; or je défie de rentrer dans cette cavité sans que le patient crie.

M. Godon. — M. Gillett a prétendu qu'on pouvait couper par tranches une dent sans douleur.

M. Grosheintz. — Si vous avez la patience de faire passer un courant suffisamment de temps dans l'individu, vous pouvez en effet tailler une dent comme un morceau de bois ; seulement il faut que le mode opératoire soit suivi régulièrement.

M. Godon. — Si l'on n'obtient pas cette insensibilisation, c'est donc par suite d'une faute opératoire ?

M. Grosheintz. — Oui.

M. Richard-Chauvin. — Dans les caries du collet très peu ouvertes, quel est le modus faciendi ? Avez-vous eu d'ailleurs des cas de ce genre ?

M. Ronnet. — Vous placez le pôle positif, dites-vous, de façon à ce qu'il ne touche aucun endroit ; mais dans la carie en coup d'ongle, c'est difficile !

M. Grosheintz. — Pour les caries du collet qui ne sont pas d'accès trop difficile, je n'emploie pas la peau de chamois ; la partie touchée par l'électrode reste seule insensible.

M. Richard-Chauvin. — Cela est très intéressant à savoir pour les caries du collet, qui sont les plus sensibles.

M. Grosheintz. — J'aime beaucoup dans ce cas le chlorure d'éthyle et j'arrive alors à une insensibilisation complète en l'appliquant sur la dentine même.

M. Richard-Chauvin. — Combien de temps dure cette opération ?

M. Grosheintz. — Elle est très fugace.

M. Martinier. — M. Grosheintz, après nous avoir fait, dimanche dernier, une démonstration pratique de la cataphorèse, a bien voulu nous présenter une communication sur ce sujet. Quels que soient les résultats qu'il a obtenus — et ils sont assez satisfaisants pour nous intéresser — il est bien évident qu'il faut savoir gré à M. Grosheintz de nous les avoir communiqués et de nous mettre ainsi en état d'entreprendre ces expériences à notre tour. Au nom de la Société, j'adresse des remerciements à M. Grosheintz.

II. — Foyers infectieux résiduaux post-opératoires, par M. Joseph.

M. Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet (*Sera publiée*).

III. — Accidents infectieux graves a la suite d'extractions dentaires, par M. le Dr Friteau.

M. le Dr Friteau donne lecture d'une communication sur ce sujet (*Sera publiée*).

DISCUSSION.

M. le Dr Sauvez. — Je suis très content de la communication de M. Friteau et nous sommes tous d'accord avec lui ; mais dans les observations qu'il nous présente je me demande si les accidents sont d'origine opératoire. Nous voyons, en effet, tous les jours des accidents infectieux graves intéressant les maxillaires survenir sans opération ; or, il nous parle d'un malade atteint d'une infection de racine : il y a donc beaucoup de raisons d'avoir des accidents et nous pouvons avoir des infections du côté de l'abcès aussi bien que du côté du davier.

M. le Dr Friteau. — En admettant que l'opération n'ait pas tout fait, il faut bien dire qu'elle y a aidé.

M. le Dr Sauvez. — Nous ne saurions tirer comme conclusion du travail de M. Friteau que les accidents qu'il invoque sont sûrement d'origine opératoire, car, en dehors de l'infection par l'instrument, le malade peut bien infecter sa plaie, la bouche étant le foyer d'infection par excellence.

M. le Dr Friteau. — Je n'accuse aucun dentiste en général, mais j'accuse celui-ci en particulier, tout en le remerciant de m'avoir communiqué les cas.

M. Viau. — Ce qui ressort des deux observations de M. Friteau, c'est que ces accidents sont très rares chez nous ; c'est ainsi que, depuis 17 ans que j'exerce, je n'ai rien vu d'analogue. Ce qui me frappe chez ce dentiste, ce sont ces deux accidents à peu de jours d'intervalle ; or, le malade érysipélateux en est une explication très probante.

M. Loup. — Je citerai deux cas de phénomènes infectieux. Une

jeune fille de 16 ans présentant une carie de la 1re petite molaire supérieure droite alla dans un hôpital, où on lui conseilla des lavages boriqués. Ces lavages n'améliorant pas son état, elle vint à la clinique de l'Ecole un mois après. Je l'examinai et, en prenant le maxillaire entre le pouce et l'index, je sentais la dent qui remuait. J'ai dû enlever 4 dents et un morceau de maxillaire — que je vous soumets d'ailleurs — depuis l'incisive latérale jusqu'à la 1re petite molaire à la base des fosses nasales.

Voici le 2e cas. Un homme souffrant d'une dent va chez son médecin, qui l'envoie chez un dentiste, lequel lui fait une extraction. Comme il souffrait encore, on lui prescrivit des lavages boriqués. La souffrance persistant, on l'adressa à la clinique, ici, où il vint lundi. J'ai dû lui enlever également un morceau de maxillaire.

Cette infection peut-elle rentrer dans le même cas que la première qui était réellement causée par l'infection d'une dent?

M. Godon. — Il est évident que nous rencontrons quelquefois, après les extractions dentaires, des complications diverses ; à cet égard les observations de M. Friteau sont très intéressantes et il faut les mettre sous les yeux de nos confrères ; je le remercie donc et le félicite de nous les avoir présentées. Cependant des complications aussi graves sont des cas exceptionnels, très exceptionnels, et avant même que M. Friteau nous eût soumis son hypothèse, j'avais sur les lèvres l'explication qu'il fournit : ce dentiste avait sans doute chez lui un foyer infectieux.

Pour ma part, je n'ai jamais eu connaissance d'accidents aussi sérieux. Les extractions sont nombreuses et cependant les accidents graves sont rares : on peut, en effet, passer sous silence les accidents légers, mais on ne peut faire de même quand ils revêtent une gravité de cette nature. Je suis donc content que ces accidents soient publiés, parce qu'on ne saurait prendre trop de précautions antiseptiques ; cependant je tiens à dire qu'ils sont isolés, exceptionnels et très probablement dus à la présence d'un foyer infectieux chez le dentiste.

M. le Dr Friteau. — C'est parce que je savais que ces accidents sont rares que j'en ai recherché la cause ; c'est pour cela que j'invoque l'érysipèle et que j'insiste sur l'insuffisance de l'antisepsie.

M. Martinier. — M. Friteau est un nouveau membre de la Société, qui nous apporte sa première communication. Tous ceux qui s'occupent ici d'enseignement savent avec quelle compétence il fait son cours des *maladies de la bouche.* Nos confrères apprécieront cette communication comme il convient et ne pourront qu'exprimer le désir que son auteur nous en présente beaucoup de semblables.

IV. — Nomination d'une commission d'études pour la participation a l'Exposition de 1900.

M. Martinier. — Le Conseil de direction de l'Ecole a pris l'initiative de la nomination d'une commission de 15 membres pour

étudier la participation de nos diverses sociétés à l'Exposition universelle et au Congrès dentaire international de 1900 et il a élu 5 membres ; de son côté, le Conseil de direction de l'Association générale en a désigné 5 ; il vous en reste 5 à choisir. Votre bureau vous soumet une liste de 10 noms : MM. Viau, Lemerle, Ronnet, Bonnard, Joseph, Loup, Prével, Legret, Stévenin. Le scrutin est ouvert.

Il est procédé à l'élection, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 17. — Majorité absolue : 9.

Ont obtenu :

MM.	Ronnet	15 voix
	Viau	13 —
	Bonnard	12 —
	Lemerle	11 —
	Loup	9 —
	Prével	7 —
MM.	Joseph	6 voix
	Friteau	3 —
	Chauvin et Legret	2 —
	Stévenin	1 —

M. Martinier. — En conséquence de ce vote, MM. Ronnet, Viau, Bonnard, Lemerle et Loup sont nommés membres de la Commission en question.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Le Secrétaire général,
J. D'ARGENT.

DEUXIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

SESSION DE NANCY.

Séance du 13 *août* 1896.

LA GREFFE DENTAIRE

DISCUSSION.

M. LOUP (rapporteur), après avoir donné lecture de son rapport (Voir *Odontologie* sept. et oct.), ajoute :

« Avant de commencer la discussion, permettez-moi de vous lire une note qu'une congressiste, Mlle Burot, vient de me remettre concernant la greffe : c'est le résultat d'une réimplantation que notre confrère a essayée sur elle-même.

« Après avoir souffert pendant 5 mois de la deuxième grosse molaire supérieure gauche, malgré son obturation au ciment, je me suis décidée à la faire enlever.

« L'extraction a eu lieu le 27 juillet dernier à 1 h. 1/2.

« J'ai soigné cette dent, traitée tout d'abord pour un second degré avancé, comme pour un troisième degré. J'ai enlevé la pulpe avec ses trois terminaisons nerveuses, bouché les canaux au moyen d'essence de girofle, d'iodoforme et d'oxyde de zinc, puis j'ai recouvert avec du ciment et j'ai enfin terminé par une aurification à l'or adhésif. J'ai meulé légèrement les trois racines, dont deux étaient presque soudées ensemble, et j'ai replacé la dent vers 4 heures de l'après-midi.

« La douleur était alors assez forte, mais il me suffit de porter un bandeau pendant quelques heures pour la voir disparaître (?).

« L'alimentation fut liquide la première journée, mais peu à peu, je mangeai des légumes et des fruits ; enfin aujourd'hui, 18 jours après l'opération, je mastique très bien la viande et le pain.

« Une périostite assez aiguë, qui s'est produite le troisième jour, a duré une semaine. Je suis très satisfaite jusqu'ici des résultats de l'expérience dont j'ai été le propre sujet. »

Mlle Burot fait alors examiner la dent réimplantée qui est assez chancelante et semble surtout maintenue en place par l'articulation et les deux grosses molaires entre lesquelles elle est comme enclavée.

M. Choquet. — Permettez-moi de faire quelques observations au travail qui vient de vous être présenté.

J'ai été, il n'y a pas encore bien longtemps, partisan convaincu de la greffe, qu'elle fût autoplastique ou hétéroplastique. Je vous l'avoue franchement, aujourd'hui je n'ai plus la confiance que j'avais il y a quelque temps dans cette opération, et cela, *quelles que soient* les précautions antiseptiques prises pour en assurer la réussite.

J'ai eu l'occasion de faire fréquemment sur des chiens soit des réimplantations, soit des transplantations, soit encore et surtout des implantations par la méthode de Younger et par celle de M. Amoëdo. Je vous l'avoue en toute sincérité, au bout d'un temps plus ou moins long, le résultat a *toujours* été négatif. Les conditions aseptiques ne manquaient pourtant pas.

Je suis absolument persuadé que, si l'on voulait parler franchement et donner la statistique vraie, sur cent cas de greffe, quelle qu'elle soit, il n'y en aurait peut-être pas une seule ayant duré pendant dix ans.

Lorsque j'ai fait des réimplantations sur le chien, la dent aussitôt extraite était replacée dans l'alvéole, sans être plongée dans un liquide antiseptique quelconque.

La consolidation était très rapide d'ordinaire, mais au bout d'un certain temps la dent présentait à la percussion une certaine matité, puis elle s'ébranlait et finissait par tomber.

Dans un cas, j'ai voulu me rendre compte si la vitalité pulpaire avait survécu. A cet effet, au bout de quatre mois, avant d'abattre le chien, après l'avoir attaché sur la table à expériences et lui avoir maintenu la gueule ouverte au moyen du mors employé en pareil cas, je sectionnai la couronne de la dent réimplantée.

Et contre l'assertion que vient d'émettre tout à l'heure mon collègue Loup, je vis alors s'écouler *par le canal pulpaire* une ou deux gouttes de sang. J'étais déjà fixé sur un point. Je pris alors une sonde à canaux que je fis pénétrer dans toute la longueur de la racine. L'animal n'accusa aucune sensibilité : la circulation s'était bien rétablie, mais non pas la sensibilité.

Après avoir abattu l'animal et avoir fait des sections comprenant le maxillaire et la dent, je me trouvai en présence d'une racine présentant en certains endroits une fonte complète du périoste et,

de plus, une résorption de la racine s'étendant en certains points jusqu'au canal pulpaire et même jusqu'à la pulpe. L'alvéole lui-même semblait comme résorbé, nécrosé.

Lorsque je faisais des réimplantations ou des transplantations, en baignant les dents qui devaient être greffées dans une solution antiseptique faible, le résultat était toujours négatif. Il en a été de même pour les implantations de dents, soit sèches, soit décalcifiées, avec la seule différence que, dans deux cas, les dents implantées se sont brisées par la moitié, laissant la racine incluse dans l'alvéole.

Un membre. — Mais avec les chiens, vous ne pouviez pas avoir grande chance de succès, car l'animal, en rongeant un os quelconque, appuie forcément sur les dents de devant !

M. Choquet. — Les dents étaient toujours maintenues dans l'alvéole au moyen de fils d'argent placés sur deux ou trois des dents voisines de chaque côté.

Bref, je conclus que la greffe, quelle qu'elle soit, vu le peu de bons résultats qu'elle donne, ne devra jamais être tentée dans notre cabinet, à moins que ce ne soit le désir formel de notre client.

Je vois encore dans le rapport de M. Loup une note que je tiens à réfuter : c'est lorsqu'il dit que M. Magitot accorde une durée de quatre à six heures, pendant laquelle on peut, sans inconvénient, laisser une dent hors de son alvéole. Je suis d'un avis diamétralement opposé à cette assertion qui va à l'encontre de toutes les lois admises en histologie.

Pourquoi les histologistes conseillent-ils de *fixer instantanément* les tissus qu'ils viennent de prendre sur un animal vivant ou sur un sujet qu'ils viennent d'abattre ?

Cette fixation instantanée a pour but d'empêcher les altérations anatomiques qui se produisent *post mortem* au sein des tissus. Prenez une goutte de sang, ou, pour avoir un sujet encore plus approprié, prenez une portion de rétine vivante ; si vous n'avez pas la précaution de fixer celle-ci dans un des liquides fixateurs employés en histologie et que vous examiniez cette rétine au microscope, après quelques minutes *au plus*, les éléments sont déjà altérés et présentent même des caractères anatomiques absolument différents de ceux qu'ils possèdent à l'état normal.

Une dent exposée à l'air, ou tout au moins privée de ses relations avec le système sanguin, pendant six heures, quatre heures, une heure même, se trouvera forcément dans un état marqué d'infériorité vitale.

L'emploi d'antiseptiques à dose trop forte agira de même : l'antiseptique tuera peut-être le microbe, mais il tuera aussi la cellule et le résultat sera encore négatif.

Pour faire les lavages de l'alvéole et de la dent, employez de l'eau tiède stérilisée. Vous aurez, il est vrai, moins de chances de tuer les microbes; mais, au moins, vous ne tuerez pas la cellule et celle-ci pourra réagir et reprendre sa vitalité normale.

M. Loup préconise l'obturation du canal.

A mon avis, on doit toujours laisser le canal largement ouvert.

Supposons qu'au cours des manipulations que l'on fait subir à la dent pour la replacer dans son alvéole, il vienne à se déposer quelques germes sur le périoste de la dent et que vous replaciez cette dernière. Il se produira une inflammation intense, qui bien souvent occasionnera une forte poussée de pus. Pour peu que le lieu d'origine se trouve situé à la partie apicale, si votre canal est obturé, vous avez bien des chances d'avoir un insuccès, tandis qu'au contraire, si votre canal est débouché, vous avez là une cheminée d'appel naturelle par où s'écouleront les produits septiques et par où vous pourrez faire le traitement approprié.

Je ne dis pas de laisser la dent complètement débouchée, mais simplement le canal, de façon qu'à la moindre poussée inflammatoire, on puisse donner issue au pus qui se sera formé.

Pour terminer, je vais revenir sur le sujet des antiseptiques dont je vous parlais il y a un moment.

J'ai eu occasion de faire deux cas de réimplantation chez l'homme dans des conditions aussi aseptiques que celles dans lesquelles on opère en grande chirurgie. Le liquide dans lequel avaient baigné les dents était de l'hydronaphtol tiède à 1/200.

Les malades n'ont pas eu la *moindre* douleur après la réimplantation ; mais les dents, malgré cela, sont tombées au bout d'un an et demi et deux ans, après avoir eu une période de consolidation très rapide, une période d'état relativement longue et une période de chute rapide. Il n'y avait plus la moindre trace du périoste qui, pourtant, existait au moment de l'opération et la racine était résorbée, non pas en longueur, mais seulement à sa périphérie où l'on pouvait distinguer macroscopiquement des altérations identiques à celles que je vous ai signalées tout à l'heure chez un chien.

En résumé, j'ai été, mais ne suis plus partisan de la greffe.

M. Schwartz. — J'ai été à même de noter plusieurs fois ce que vient de dire M. Choquet ; c'est que lorsque l'on opère d'une façon absolument aseptique, il n'y a pas de douleur post-opératoire, c'est vrai, et la consolidation est très rapide, mais j'ai toujours eu des insuccès dans des cas semblables.

M. Amoedo (de Paris). — Vous avez entendu ce que disait ce matin, dans son magistral discours, M. le recteur de l'Académie, notre président d'honneur, que, pour bien s'assimiler les idées d'un auteur, il fallait le connaître, entendre ses explications de vive voix, le voir gesticuler, etc.

Or, en ce qui concerne ma méthode, malgré que M. Loup me connaisse et m'ait entendu expliquer ladite méthode, j'ai pu relever sur mon compte nombre d'erreurs dans son rapport. Je suis donc autorisé à douter de l'exactitude de ses appréciations relativement aux travaux des auteurs qu'il ne connaît pas.

Et à propos d'auteurs, j'ai vu avec regret que dans ce rapport M. Loup n'a pas fait mention des travaux de celui qui a étudié la question le plus scientifiquement: je veux parler du Dr Scheff, de Vienne, dont les travaux furent présentés au Congrès international de Berlin en 1890.

Notre président, le Dr Rosenthal, et M. Meng, ici présent, ont entendu aussi avec moi cette communication. Ont été également omis dans le rapport les travaux du Dr Ottoffy, de Chicago, et ceux du Dr L. Sachs, publiés dans le *Cosmos* du mois de mars dernier. Ce dernier a suivi ma technique dès qu'il a eu connaissance de ma communication au Congrès de Rome et il dit s'en trouver très bien.

A la page 41 du rapport, M. Loup dit avoir vu des dents implantées par ma méthode tomber le lendemain.....

Ceci a été la faute de l'opérateur et non de la méthode. En expliquant la technique de ma méthode, j'ai longuement insisté sur l'immobilisation absolue de la dent pendant au moins deux mois, et j'ai même inventé un petit appareil destiné à ligaturer très solidement les dents les unes contre les autres. Ceci me rappelle certains malades qui, voulant discréditer un dentiste, vous disent qu'en descendant son escalier ils ont enlevé avec un simple cure-dents le plombage qu'il venait de leur mettre.

A la page 44 du rapport, M. Loup considère le FORAGE DE L'OS comme une opération très dangereuse, pouvant donner lieu à une névralgie pour la vie ou au développement d'un cancer.

Je n'ai jamais entendu dire qu'une implantation ait donné lieu à la production d'une névralgie. Théoriquement, je ne m'explique pas que la section d'un nerf puisse donner lieu à une névralgie, puisque les névralgies sont justement guéries par la section des nerfs. Quant au cancer, ma foi, je crois que c'est trop exagérer les choses ; jamais on n'a entendu parler de semblables complications.

M. GODON. — Je demanderai à M. Loup une petite rectification. Il parle à la page 14 de son rapport d'une de mes observations, que je considère comme très intéressante et qui a été reproduite dans nombre de journaux.

Il s'agissait d'une dent trop étroite pour l'alvéole dans lequel elle était transplantée ; on y mit une cale taillée dans la matière de la racine extraite. C'est une expérience qui a donné de bons résultats et la cale n'a amené aucun désordre. Deux ou trois mois après l'opération, j'ai montré la malade à une séance de la Société d'Odontologie, qui a constaté la présence de la cale et la solidité de la dent. Cette cale est tombée plus tard sans désordres, après avoir aidé à la consolidation de la dent. Evidemment, c'est un cas exceptionnel, le seul connu. Pourquoi alors supposer la possibilité de désordres, puisqu'il ne s'en est pas produit et que nous ne pouvons établir de statistique de cas semblables ?

En revanche, j'aurais aimé à voir M. Loup parler de deux insuccès que j'ai eu à enregistrer et dont l'un est relatif à l'implantation d'une vis dans la mâchoire ; cette vis est restée dans la bouche. Si l'on demande pourquoi je veux noter des insuccès, c'est parce qu'il est bon que nos confrères sachent dans quelles conditions on arrive à des insuccès, pour les éviter.

M. MENG (de Paris). — Je voudrais faire une remarque à M. Choquet à propos de ses expériences sur les animaux.

Dans certains cas il laisse la pulpe dans la dent lorsqu'il fait ses

réimplantations. Certains auteurs affirment que c'est une chance de non-réussite.

M. Choquet. — C'est très vrai, mais ce n'est pas une raison pour ne pas contrôler cette assertion.

M. Meng. — Maintenant, quelqu'un pourrait-il signaler des cas de réimplantation absolument indolores ?

J'ai eu souvent l'occasion d'en faire à l'Ecole.

Il s'agissait d'abord d'une canine supérieure gauche. On en a fait la réimplantation et la consolidation a demandé de 8 à 10 jours.

J'ai fait aussi la réimplantation de la deuxième molaire supérieure gauche, laquelle n'a pas réussi. En faisant cette réimplantation, il n'y a pas eu de douleur comme dans le premier cas, mais par la suite, les malades ont eu de la névralgie.

J'ai pratiqué deux fois l'implantation en 1887 et en 1889. En 1894 j'ai revu la dernière dent. Elle tenait encore.

En somme, je ne crois pas que cette opération puisse être faite fréquemment. Elle donne lieu d'ailleurs à une perte considérable de substance osseuse qu'il est difficile de réparer. Et puis, pour les réimplantations, on ne trouve pas toujours des gens disposés à se laisser trouer la mâchoire.

Lors des deux opérations auxquelles j'ai assisté à Berlin avec M. Amoëdo, les dents sont tombées.

M. Lecaudey. — J'ai eu l'occasion de faire au cours de ma pratique beaucoup de greffes, soit réimplantations, soit transplantations, et j'ai été à même de voir quelques résultats datant de 12 ans.

M. Pastariano (de Constantine). — J'ai eu fréquemment l'occasion de faire des réimplantations sur des indigènes. Lorsqu'un de ceux-ci venait me trouver pour se faire extraire une dent, si je jugeais le cas favorable, je faisais la réimplantation.

Un membre. — Combien avez-vous eu de succès ?

M. Pastariano. — Celle qui a duré le plus longtemps de toutes ces réimplantations n'a pas dépassé onze mois.

M. Michaels. — Avez-vous remarqué s'il y avait résorption de la racine ?

M. Pastariano. — Oui. La racine était à moitié résorbée.

M. Michaels. — Cela n'a rien d'extraordinaire. Chez un enfant à qui l'on avait fait une opération de la face ayant entraîné une perte de substance osseuse assez considérable pour défigurer le sujet, on tenta d'y remédier en plaçant sous la peau un morceau d'os de mouton. Au bout de quelque temps, cet os venait faire saillie à travers la peau qui le recouvrait. On l'enleva et on le remplaça par un nouveau morceau d'os. Au bout du même temps, les mêmes phénomènes se reproduisirent et à l'examen macroscopique on trouva celui-ci complètement résorbé.

M. Schwartz. — Il est vraiment regrettable que l'on n'ait pas songé à faire une statistique sur les résultats de la greffe. C'est ce que l'on avait notamment reproché à Bordeaux, l'année dernière, à M. Younger, lui qui a peut-être le plus opéré d'implantations, car il n'a jamais apporté de statistique exacte à l'appui de ses expériences.

M. Loup. — Je n'ai pas les éléments pour répondre à M. Amoëdo; chargé de faire un rapport sur la greffe dentaire, je ne pouvais être obligé de faire toutes les opérations dont j'ai parlé.

Quant à M. Meng, je lui fais mes excuses pour ne pas avoir cité les expériences qu'il a faites. Je suis d'ailleurs très heureux de recevoir les observations de mes confrères.

A propos de ce que disait M. Choquet sur la durée de la vitalité du périoste, je crois que cette question est difficile à résoudre.

On m'a aussi demandé pourquoi je n'avais pas parlé des dents de porcelaine. J'avoue franchement que je ne me suis pas cru autorisé à parler d'une chose que je ne connais pas du tout. (*Applaudissements.*)

RAPPORT SUR LA CHIRURGIE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Par M. Monnin (du Mans).

Le rôle du chirurgien-dentiste dans l'armée n'est pas celui du chirurgien-dentiste civil; le premier ne doit s'occuper que de la partie médico-chirurgicale de l'art dentaire, le second doit satisfaire une clientèle composée d'enfants, d'adultes, de vieillards des deux sexes, et soigner tous les cas demandés par sa clientèle (*chirurgie, orthopédie, prothèse dentaire, greffe, etc.*).

Les tendances conservatrices ne sont pas de mise dans l'armée; on doit, tout en faisant bénéficier le soldat le plus possible des progrès réalisés en art dentaire, éviter les longues cures, dont le résultat est aléatoire, c'est-à-dire extraire tout de suite les dents gênant la mastication et dont la guérison est douteuse; en un mot s'attacher toujours à voir le côté pratique, afin d'arriver à mettre la bouche du soldat en bon état, dans le moins de temps possible.

Examinons rapidement quels sont les instruments de chirurgie dentaire dont dispose le corps de santé militaire. Leur nomenclature nous dira mieux que tous les discours le but que ce corps a poursuivi en établissant des trousses dentaires dans les infirmeries régimentaires et dans les hôpitaux militaires. Prenons pour guide la « *nomenclature générale des instruments de chirurgie mis à la disposition du service de santé* ». (Circulaire min. du 12 avril 1890.) On y trouve :

1° *Infirmerie régimentaire.*

Clef de Garengeot (6 crochets dont 2 coudés)	1
Davier à manche quadrillé courbe	1
— — droit	1
Pince courbe anglaise pour racines	1
— droite anglaise pour incisives	1
Burin courbe pour nettoyer les dents	1
Excavateur courbe —	1
Fouloir à pointe dentée	1
Grattoir légèrement courbe pour les dents	1
Gutta-percha pour obturer les dents	1

Miroir à bouche.. 1
Sonde exploratrice.. 1

Hôpital militaire.

Boîte n° 7 de la nomenclature générale contenant les instruments pour « *l'avulsion et l'obturation des dents* ».

Amalgame de Magitot (40 grammes)........................ 1
Boîte vide.. 1
Burin courbe.. 1
— droit.. 1
Chlorure de zinc (30 grammes)........................ 1
Clef de Garengeot à pompe (6 crochets dont 2 coudés)....... 1
Davier à manche quadrillé courbe........................ 1
— — droit........................ 1
Excavateur courbe.. 3
Feuilles d'étain (cahier).. 2
— d'or non adhésif (cahier n° 4)........................ 1
Flacons bouchés à l'émeri.. 4
Fouloir à pointe cunéiforme.. 1
— — dentée.. 1
Fraise légèrement conique.. 1
Grattoir légèrement courbe.. 1
Gutta-percha (petite feuille) (pâte de Hill)........................ 1
Lime à main 1/2 cylindrique courbe........................ 1
— — droite........................ 1
Lime à main plate.. 4
Mercure (quantité 230 gr.).. 1
Miroir buccal petit.. 1
Oxyde de zinc (quantité 10 gr.)........................ 1
Pince courbe anglaise pour racines........................ 1
— droite — — 1
Plomboir.. 1

Vous voyez que le corps de santé militaire se rend parfaitement compte de l'utilité du service dentaire dans l'armée. Il prévoit en effet : 1° les extractions, puisqu'il y a 4 pinces et une clef Garengeot ; 2° les obturations, puisque nous trouvons de la gutta-percha, de l'amalgame, du ciment, même le luxe d'un cahier d'or pour les aurifications.

Il serait superflu d'insister : la boîte nous dit l'intention du corps de santé militaire, et sa sollicitude à l'égard du soldat. Tout est prévu, sauf les instruments nécessaires aux opérations telles que les progrès de la technique permettent de les pratiquer aujourd'hui. Une nomenclature arrêtée à de longs intervalles ne peut naturellement être tenue au courant des transformations fréquentes de la dentisterie opératoire en voie de continuelle évolution.

Les instruments dont nous venons de voir la nomenclature sont devenus absolument illusoires. Ils diffèrent des instruments en usage dans les écoles dentaires et qui servent journellement aux chirurgiens-dentistes, dont la préoccupation constante est de

mettre leur expérience et leur savoir au courant des progrès chaque jour réalisés dans la technique de l'art dentaire.

Quelles seraient donc les modifications à apporter à l'état actuel ? Examinons :

1° Par qui et comment sera exercé l'art dentaire dans l'armée en temps de paix, en temps de guerre ;

2° Quels sont les instruments qui devront être mis en service dans les infirmeries régimentaires et dans les hôpitaux militaires ;

3° Quelles seront les règles d'hygiène usuelle à observer par le soldat et comment on se rendra compte de leur observation ;

4° Comment les élèves du corps de santé militaire pourront se familiariser avec la technique professionnelle de l'art dentaire.

1° Par qui et comment sera exercé l'art dentaire dans l'armée ?

a) En temps de paix.

La partie médico-chirurgicale étant la seule à traiter, c'est aux médecins militaires que revient la tâche de faire les extractions, de soigner les diverses maladies de la bouche, je dirai même de faire les obturations.

Si l'attention du Ministre de la guerre et du Directeur du service de santé militaire se porte sur les élèves des écoles dentaires appelés à faire leur période de service militaire, ils rappelleront aux chefs de corps les services que ces élèves-dentistes (ou ces dentistes) peuvent rendre au régiment ; ils les feront désigner pour obturer, à l'infirmerie régimentaire ou à l'hôpital militaire, les caries des 1[er] et 2[e] degrés et faire les nettoyages de bouche.

Les médecins militaires trouveront en eux de précieux auxiliaires pour toutes les opérations, de quelque nature qu'elles soient. Ces dentistes ou élèves pourraient facilement être désignés comme infirmiers régimentaires (1 par bataillon), le surplus versé dans les sections d'infirmiers.

b) En temps de guerre.

Le service de la chirurgie dentaire sera plus compliqué, à cause des blessures par armes à feu et des divers traumatismes consécutifs au combat d'une journée.

Il n'en reste pas moins acquis que les seuls chefs de la chirurgie dentaire seront les médecins militaires auxquels on aura adjoint, comme infirmiers militaires, tous les réservistes et les territoriaux exerçant la profession de dentiste dans la vie civile Ces hommes, avec leurs connaissances médicales et leurs études spéciales, rendront évidemment plus de services à l'hôpital ou à l'ambulance que sur le champ de bataille. Pour s'en convaincre on peut se reporter au programme des connaissances médicales exigées du chirurgien-dentiste. (*Loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine.*)

2° *Quels sont les instruments qui devront être mis en service dans les infirmeries régimentaires et dans les hôpitaux militaires ?*

Je ne m'occuperai actuellement que de réclamer les instruments les plus indispensables, les plus employés, pour arriver à faire le

plus rapidement et le mieux possible les opérations jugées nécessaires.

Extraction des dents :

Sept daviers modèles anglais dont :

Pince à racine mâchoire supérieure........................ 1
— — — inférieure........................ 1

(Ces deux pinces peuvent servir à l'extraction de toutes les incisives, canines et prémolaires des deux mâchoires.)

Davier grosses molaires supérieures côté droit............. 1
— — — — côté gauche........... 1
Davier de dent de sagesse supérieure...................... 1
— — — inférieure...................... 1
Davier molaires inférieures............................... 1
Une langue de carpe....................................... 1
Pied de biche ou élévateur................................ 1

Il est impossible, avec ces instruments, de ne pas arriver à faire rapidement toutes les extractions reconnues normales.

Nettoyage des dents.

Les six instruments à nettoyer dont je vous fais voir le modèle.

Préparation des cavités et obturations.

Fraises à main, modèles divers............................ 12
Excavateurs... 12
Fouloirs pour gutta, amalgame, ciment (tous les plombages plastiques).. 6
Spatules.. 2
Brunissoirs... 2

Accessoires.

Limes à séparer assorties................................. 24
Seringue à eau.. 1
— à air chaud.. 1
— hypodermique pour cocaïne.......................... 1
Miroir à bouche... 1
Lampe à alcool.. 1
Flacon à mercure pour amalgame............................ 1

Dans différents casiers :

Flacon d'iodoforme.. 1
— d'acide arsénieux................................... 1
— d'amalgame.. 1
— de ciment (liquide et poudre)....................... 1
Boîte de gutta-percha..................................... 2
Ciseaux à gencives.. 1
Bistouri pour abcès....................................... 1
Ouvre-bouche en acier nickelé............................. 1

Je ne crois pas avoir dépassé le strict nécessaire, tout en ne prévoyant que les instruments d'une rigoureuse utilité. Je ne puis dire exactement le prix de revient de cette trousse, car on obtiendrait vraisemblablement une réduction de prix proportionnelle à la quantité de trousses à fournir.

3° *Quelles seront les règles d'hygiène dentaire usuelle à observer de la part du soldat et comment pourra-t-on s'assurer de leur observation?*

Le soldat aura à sa disposition une brosse à dents. Son dentifrice sera son savon de toilette. Espérons qu'en campagne ou aux grandes manœuvres, bien qu'il soit très chargé, le soldat n'aura pas l'envie de jeter sa brosse à dents.

Une visite sera faite dans chaque corps de troupe, en même temps que la visite de santé; les médecins reconnaîtront les hommes qui négligent de laver leur bouche au tartre formant dépôt sur la couronne des dents et contre les gencives. On pourrait prescrire une visite bisannuelle passée par les dentistes ou élèves dentistes en présence et sous la surveillance d'un médecin du corps.

4° *Comment les élèves du corps de santé militaire pourront-ils se familiariser avec la technique professionnelle de l'art dentaire?*

La création d'une chaire d'odontologie dans chaque école du service de santé militaire est absolument nécessaire, cette chaire sera professée par un des professeurs agrégés de cette école ; voilà pour la partie médico-chirurgicale.

En ce qui concerne la technique professionnelle, il y a lieu de créer un service dentaire dans chaque école, afin de procurer tous les soins aux militaires des garnisons de Paris et Lyon. Il faudra, dans chaque école, deux professeurs de dentisterie opératoire. Les professeurs de dentisterie opératoire seront choisis parmi les membres, docteurs en médecine, du corps enseignant des écoles dentaires françaises ou parmi les docteurs en médecine français, faisant leur spécialité de l'art dentaire, et après un concours entre tous les candidats [1].

De cette manière les étudiants en médecine militaire seront obligés d'étudier l'art dentaire, puisque les questions théoriques et techniques de la chirurgie dentaire feront partie du programme d'examen de sortie.

Je ne veux pas conclure sans vous donner lecture d'un projet de pétition qui serait adressée par le Bureau du Congrès aux autorités compétentes.

PÉTITION.

Les chirurgiens-dentistes réunis au Congrès dentaire national de Nancy (session de 1896),

Considérant :

Que le service de la chirurgie dentaire n'est pas organisé [2] dans l'armée pour rendre au soldat les soins qu'il est en droit d'en attendre ;

Que, sans prétendre arriver au degré de perfection visé par le service de santé proprement dit, dont le dévouement professionnel est trop connu pour en faire l'éloge, il conviendrait de réorga-

1. A égalité dans le concours, la préférence sera toujours donnée aux médecins appartenant soit à la réserve, soit à l'armée territoriale.

2. D'une façon assez précise et pratique.

niser sur une base plus sérieuse dans l'armée l'exercice de la chirurgie dentaire ;

Que, s'il n'est pas nécessaire que les trousses régimentaires soient aussi complètes que les trousses des professionnels, il est indispensable qu'elles contiennent les instruments permettant de faire les extractions normales et de donner les soins de bouche les plus élémentaires ;

Qu'en temps de paix les médecins militaires, secondés par les étudiants des écoles dentaires appelés sous les drapeaux [1], semblent tout indiqués pour donner leurs soins aux soldats ;

Qu'en temps de guerre, à cause des blessures occasionnées par les armes à feu, le service deviendrait plus compliqué, mais qu'il serait quand même facile de l'assurer en appelant dans les hôpitaux [2] les dentistes de la réserve et de l'armée territoriale qui rendraient auprès des blessés plus de services que sur le champ de bataille ;

Que l'art dentaire est le corollaire de l'art médical et que ces deux arts se complètent l'un par l'autre ;

Emettent le vœu :

1° Qu'il soit délivré aux médecins militaires une trousse assez complète pour leur permettre de faire les opérations courantes et de donner les soins de bouche indispensables ;

2° Que M. le Ministre de la guerre et M. le Directeur du service de santé militaire mettent à la disposition des médecins militaires, en temps de paix [3], les élèves des écoles dentaires appelés sous les drapeaux ;

3° Qu'en temps de guerre les dentistes appartenant à la réserve et à l'armée territoriale soient affectés au service d'infirmiers dans les hôpitaux et ambulances pour y donner leurs soins aux blessés ;

4° Qu'il soit crée dans chaque école de santé militaire une chaire d'odontologie et un service de chirurgie dentaire ; que les études théoriques et techniques de la chirurgie dentaire soient imposées aux élèves et forment, lors des examens de sortie, l'objet d'interrogations au même titre que les autres parties du programme médical.

M. Schwartz. — L'année dernière, au Congrès de Bordeaux, il a été émis un vœu semblable. Pour ma part, je suis décidé à voter la pétition de M. Monnin ; mais je pense qu'en ce qui concerne le service militaire des dentistes, il y a quelques réserves à faire, du moins quant aux termes de la pétition.

M. Godon. — L'autorité militaire a déjà apprécié les services des étudiants dentistes qui ont été employés comme infirmiers, et tout récemment encore on m'a demandé des jeunes gens susceptibles de servir en cette qualité dans un hôpital militaire. Je crois que nous devons rédiger cette pétition en termes moins précis.

M. Stévenin. — Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a déposé une pétition tendant à ce que les chirurgiens-dentistes

---

1. *Et servant comme infirmiers proprement dits ou régimentaires.*
2. *Dans les cadres des infirmiers et comptant à l'effectif des sections.*
3. *Comme infirmiers.*

soient employés comme infirmiers et, leur service militaire terminé, mis à la disposition du service de santé militaire.

M. Rigolet (d'Auxerre). — Un de mes confrères qui avait sollicité le titre de médecin auxiliaire, se basant sur ce fait que douze inscriptions donnent également droit à ce titre et à celui de chirurgien-dentiste, s'est vu refuser sa nomination par la Faculté, juge en la circonstance.

M. Michaels. — Il faut bien remarquer une chose, c'est que, même d'après la Faculté, les étudiants qui ont douze inscriptions d'officiat ne peuvent être nommés médecins auxiliaires ; ce grade n'est accessible qu'aux étudiants pour le doctorat. Les dentistes ne peuvent donc réclamer pour eux ce qu'on n'accorde pas aux médecins.

M. le Dr Sauvez. — Je trouve que la question soulevée par M. Monnin mérite d'être étudiée très sérieusement ; mais, à l'heure actuelle, l'armée ne peut employer dans les régiments que des étudiants en médecine se préparant au doctorat, car ces jeunes gens sont tous destinés à devenir, quand ils sont docteurs, médecins-majors de réserve.

M. Schwartz. — Je propose de voter sur le principe et de laisser le soin de rédiger la pétition à trois membres nommés par le Bureau.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

On procède ensuite à l'élection des trois membres qui doivent rédiger le texte de la pétition.

Sont nommés : MM. Godon, Dr Sauvez et Monnin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Rapport de M. J. d'Argent.

Exposé.

J'ai l'honneur de vous exposer les règles de mise en pratique d'une question de prévoyance qui est encore une œuvre dont l'initiative revient à notre regretté collègue Paul Dubois. Réunis en commission spéciale, MM. Paul Dubois, Godon, Billet et moi, nous avions jeté les grandes lignes d'une caisse de prévoyance et d'assurance en cas de décès, accessible librement à tous les membres de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole et dispensaire dentaires de Paris résidant en France, et nous en avions saisi la dernière assemblée générale (25 janvier 1896).

Après une discussion empreinte des idées les plus généreuses et les mieux intentionnées, et où certaines tendances s'étaient mani-

festées en vue d'augmenter les effets du projet présenté (ce qui prouve que ce projet était bien accueilli), l'assemblée s'était ralliée aux sages exhortations de prudence de M. Dubois et à mes modestes avis de n'entrer dans une voie toute nouvelle et toute spéciale, pour la Société, qu'avec une grande circonspection, partant, avec un résultat restreint, toujours facile à augmenter dans l'avenir, si les prévisions du début étaient pleinement réalisées, et ayant, de plus, un grand avantage de simplicité au point de vue des écritures.

En conséquence, l'assemblée avait pris en considération l'idée générale de la formation d'une Caisse de prévoyance et d'assurance en cas de décès, qui garantirait une somme de huit cents francs, payable à la mort de tout membre de l'Association ayant fait acte d'adhésion à cette caisse et versé une cotisation annuelle de vingt francs pendant cinq ans au moins.

Cette somme de huit cents francs, jointe à celle de deux cents francs, allouée par la Caisse de prévoyance ordinaire de l'Association, aux héritiers de tout membre décédé, devait porter à mille francs l'indemnité disponible en faveur des ayants droit du défunt.

Les dispositions générales suivantes ont pour but de mettre ce projet à exécution ; mais, comme elles renferment des clauses d'une réelle importance, je vous propose, avant leur adoption définitive, d'adhérer à l'ordre du jour ci-après énoncé :

Le Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France, après avoir entendu la lecture des articles suivants, les approuve dans leur ensemble, les transmet à la Commission des retraites pour examen et avis et prescrit leur insertion dans *l'Odontologie*, afin de les porter à la connaissance de tous ses membres. Elle décide en outre que la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès ne sera constituée que lorsqu'elle aura réuni 40 adhésions au minimum.

Titre Ier. — Origine et but de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Art. 1er. — En dehors de sa caisse de prévoyance, l'Association générale des dentistes de France patronne une Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès aux conditions stipulées ci-après (art. 18).

Art. 2. — Il est formé entre les membres de l'Association générale exerçant et résidant en France, et qui adhèrent aux présentes dispositions, une Société dénommée : Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès. Elle a pour but d'assurer, en cas de décès du sociétaire, un secours de huit cents francs à ses ayants droit ou à telles personnes nommément désignées par l'adhérent.

Titre II. — Dispositions générales. Risques garantis.

Art. 3. — Toute demande d'adhésion devra indiquer les nom, prénoms, date de naissance, profession et domicile du sociétaire ; ces renseignements servent de base pour l'administration de la Société.

Art. 4. — Le secours de 800 francs ne peut être acquis qu'après

l'expiration de la 5e année, à compter du jour de l'adhésion et du paiement de la 1re cotisation, et qu'après justification du versement régulier des 5 cotisations afférentes à ces cinq années.

Art. 5. — Hormis la restriction stipulée à l'art. 4, l'indemnité est due, quel que soit le genre de mort auquel succombe l'adhérent, que ce soit par suicide, en voyage ou pendant le service militaire, en temps de paix ou de guerre, etc...

Titre III. — Du paiement des cotisations.

Art. 6. — La cotisation, fixée à 20 francs pour les adhérents âgés de moins de 45 ans, à 25 francs pour ceux de 45 à 50 ans, et à 30 francs pour les sociétaires de 50 à 55 ans, est payable sans fractionnement, par année, d'avance et pendant toute la vie.

Elle devra être versée nette de tous frais au trésorier avant le 25 janvier de chaque année. Le sociétaire doit, de plus, un droit d'entrée de 2 francs, une fois payé, pour frais d'administration.

La société n'admet pas de membre âgé de plus de 55 ans.

Art. 7. — Le sociétaire ayant laissé expirer le 25 janvier sans s'être acquitté recevra un avertissement, à l'affranchissement ordinaire, lui accordant une nouvelle période de 8 jours. Faute de paiement après ce délai, le membre sera radié 8 jours après l'envoi d'une lettre recommandée, détachée d'un livre à souche et contenant un dernier rappel de l'échéance.

Art. 8. — Le sociétaire, en versant sa cotisation en retard, sera tenu d'y joindre le montant des frais d'avertissement, indiqué sur la lettre de rappel.

Art. 9. — Le sociétaire radié pourra toujours être réadmis dans la Société au même titre qu'un adhérent nouveau et sans qu'il soit tenu compte du temps passé précédemment, en ce qui concerne la restriction des 5 années stipulées à l'art. 4.

Art. 10. — Aucune cotisation versée ne peut donner lieu de la part du sociétaire ou de ses ayants droit soit à réclamation soit à répétition.

Titre IV. — Résiliation.

Art. 11. — En cas de cessation de paiement des cotisations, le Sociétaire est radié et l'indemnité cesse *ipso facto* ; de plus, ses cotisations versées sont acquises à la Société de prévoyance, si leur total est inférieur à cinq. Si, au contraire, le sociétaire a fait au moins cinq versements annuels, il a droit à un remboursement de 25 0/0 de la somme totale qu'il a payée, et qui reste à sa disposition pendant *six* mois, sans intérêts. Passé ce délai, cette somme fait retour à la Société de prévoyance.

Art. 12. — Le sociétaire qui se domicilie à l'étranger perd ses droits à l'indemnité et sa cotisation est liquidée ainsi qu'il est stipulé à l'art. 11. Il en est de même de celui qui cesse de faire partie de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole et dispensaire dentaires de Paris.

Titre V. — Paiement de l'indemnité.

Art. 13. — L'indemnité de 800 francs due par la Société est paya-

ble à qui de droit et sans intérêts dans les huit jours qui suivent la production des pièces justificatives, notamment de celles constatant la date de naissance et le décès du sociétaire, la qualité et les droits du bénéficiaire et enfin la dernière quittance de cotisation payée.

A moins de force majeure, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux prescriptions du § 8 qui précède dans les six mois à compter du décès. Après ce délai, la Société ne sera tenue qu'à un remboursement, ainsi qu'il est stipulé au Titre IV (Art. 11).

Art. 14. — Cette indemnité n'est acquise qu'après cinq années de présence dans la Société, ainsi qu'il est stipulé à l'art. 4.

Si le sociétaire venait à décéder avant cette période de cinq ans, ses ayants droit seraient admis à recevoir le remboursement des cotisations versées sans intérêts, en se conformant aux stipulations de l'art. 13, pour la production de leurs droits.

Art. 15. — Les sommes non réclamées dans les cinq ans de leur exigibilité sont prescrites au profit de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Titre VI. — Administration et comptabilité.

Art. 16. — La Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est administrée par le Comité de prévoyance de l'Association générale des dentistes de France, qui lui constituera une caisse et une comptabilité particulières.

A ce Comité d'administration seront adjoints deux sociétaires adhérents pour assister à ses réunions à titre de censeurs.

Art. 17. — Le président et le Conseil d'administration de l'Association générale, ainsi que les censeurs, ont tout pouvoir d'examen et de contrôle sur les actes de la Société auxiliaire.

Art. 18. — Le Comité de prévoyance de l'Association présente chaque année à l'assemblée générale de l'Association un rapport et un inventaire sur l'état de la caisse et des réserves, ainsi que sur le fonctionnement de la Société.

Les censeurs feront, au même moment, un rapport à leurs commettants où ils approuveront les résultats du rapport du Comité de prévoyance.

Art. 19. — En aucune circonstance l'Association générale ne sera rendue responsable, si les comptes de la Société de prévoyance se soldaient en perte, pas plus qu'elle ne serait appelée à profiter des excédents créditeurs.

Ces excédents seraient versés à un compte de réserve de prévoyance, destinée à parer aux risques exceptionnels d'une guerre ou d'une épidémie, ou à combler un inventaire à résultat négatif.

Titre VII. — Placement des fonds.

Les fonds seront placés en rente viagère ou en valeurs garanties par l'Etat français, ou en prêts hypothécaires ou prêts aux membres de la Société de prévoyance, jusqu'à concurrence de la valeur de remboursement de leur assurance et au taux fixé par le Conseil d'administration.

Titre VIII. — Dispositions diverses.

La durée de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est subordonnée à la durée de l'Association générale des dentistes de France, dont elle ne peut être séparée.

La Société de prévoyance est basée sur le principe de la mutualité; en conséquence, si l'expérience démontrait que la cotisation de 20 francs est trop faible pour garantir la somme de 800 francs, elle pourrait être augmentée ou le capital assuré pourrait être diminué dans les proportions fixées par le Comité d'administration et ratifiées par l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France.

Le rapporteur,
J. D'ARGENT.

PRIX HERBST

Nous lisons dans la *Zahnärztliche Rundschau* qu'au Congrès des médecins allemands à Francfort, notre confrère le Dr Herbst, de Brême, a proposé d'attribuer un prix de 1000 marks (1.250 fr., qu'il a déposés dans une maison de banque de Brême) à celui qui trouverait un analgésique qui, appliqué sur la dentine, lui enlèverait toute sensibilité.

Ce médicament :

1° Ne doit pas être secret ;

2° Doit être nouveau, c'est-à-dire ne pas être compris dans ceux qui sont connus jusqu'ici ;

3° Doit agir sûrement et rapidement ;

4° Doit avoir une action immédiate après l'application et non par suite de pansements successifs ;

5° Doit avoir une action se limitant à la dentine sensible et ne pas affecter la pulpe. La dentine ne doit ni être atteinte dans sa structure intime, ni subir de modification ;

6° Doit, pour ainsi dire, être inoffensif, de sorte que l'action, absolument locale, se limite à l'analgésie de la dentine sans produire de désordres, de quelque nature qu'ils soient.

Le délai pour trouver ce médicament est provisoirement fixé à une année à dater du 1er octobre 1896.

Tout le monde peut prendre part à ces recherches.

Le médicament doit être envoyé au Dr Jessen, de Strasbourg, ou au Dr Herbst, de Brême, dans une enveloppe fermée avec le mode d'emploi et une devise ou une marque.

Cet envoi doit être accompagné d'une enveloppe cachetée, contenant avec la marque, le nom et l'adresse de l'inventeur, ainsi que l'explication du contenu du médicament, qu'on ouvrira à la fin des essais.

Les essais seront faits par le fondateur du prix aux Instituts dentaires des Universités allemandes, devant un jury de trois personnes, qui déclareront si le médicament est efficace et s'il répond bien aux conditions précitées, de façon à ce que le prix soit attribué à son inventeur.

Si le médicament ne remplit pas entièrement les conditions voulues et que, néanmoins, d'après le dire des juges, ce produit présente une certaine valeur pour entrer dans la pharmacopée du dentiste, on pourra décerner jusqu'à concurrence de la moitié du prix promis, tandis que la deuxième moitié sera attribuée à l'inventeur d'un autre produit d'une valeur semblable.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

DENTISTES. — TITRE DE « CHIRURGIEN-DENTISTE ». — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — DIPLÔME. — SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES. — DEMANDE A FIN D'INTERDICTION POUR LES DENTISTES NON DIPLOMÉS DE PORTER LE TITRE DE « CHIRURGIEN-DENTISTE ».

Il résulte clairement du texte de la loi du 30 novembre 1892 qu'elle a entendu faire une distinction entre les dentistes diplômés auxquels elle confère le titre de « chirurgiens-dentistes » et les dentistes autorisés à continuer l'exercice de leur profession en vertu des dispositions transitoires de ladite loi.

En conséquence, les dentistes qui ne justifient pas de l'obtention du diplôme délivré par l'Etat ne sauraient joindre le titre de « chirurgien » à celui de dentiste.

Un procès qui intéresse vivement la corporation des dentistes, a été plaidé le 26 octobre devant la première chambre du Tribunal civil de la Seine, présidée par M. Laporte.

On sait qu'une loi du 30 novembre 1892 a réglementé la profession de dentiste et que désormais pourront seuls s'intituler « chirurgiens-dentistes » les praticiens qui auront obtenu le diplôme de l'Etat. Mais quelle est, à cet égard, la situation de ceux qui, sans avoir obtenu ce diplôme, avaient, antérieurement à cette loi de 1892, pris le titre de chirurgien-dentiste?

Cette qualification leur est actuellement contestée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et son président a assigné devant le Tribunal M. Levadour fils pour lui voir faire défense de porter à l'avenir le titre de chirurgien-dentiste, les dispositions transitoires de la loi ne lui donnant, d'après lui, que le droit de prendre la qualité de dentiste. Le Syndicat demande, en outre, 5.000 francs de dommages-intérêts pour le préjudice causé.

A cette demande, M. Levadour répond qu'il est ancien diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, qu'il exerce dans cette ville depuis plus de vingt-deux ans l'art dentaire et que c'est à tort que les chirurgiens-dentistes diplômés de l'Etat prétendent monopoliser à leur profit une expression qui est dans le domaine public depuis un temps immémorial et qui, dans l'esprit du législateur, peut s'appliquer à tous les dentistes sans exception, la seule réserve mise dans la loi à l'exercice de leur art pour les dentistes non diplômés consistant dans la nécessité de s'adjoindre un docteur pour pratiquer l'anesthésie.

M. Levadour soutient que cette qualification de chirurgien-dentiste appartient d'autant mieux à quiconque pratique l'art dentaire que tout dentiste, dans l'exercice de sa profession, fait de la chirurgie; dans ces

conditions, il s'est porté reconventionnellement demandeur et réclame, de son côté, 5,000 francs de dommages-intérêts.

Me Desplas, avocat, a plaidé pour le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, et Me *Aujay* pour M. Levadour fils.

Le 2 novembre, M. Le Bourdellès, substitut de M. le Procureur de la République, a conclu en faveur des prétentions émises par le Syndicat. D'après lui, l'article 30 de la loi est formel, et ne peuvent porter le titre de chirurgien-dentiste que les praticiens qui auront passé les examens exigés par la loi, qui a voulu établir une distinction entre ceux qui peuvent seuls pratiquer certaines opérations, et notamment l'anesthésie, de ceux qui, dans les cas exceptionnels, doivent se faire assister par un médecin.

Le Tribunal a remis à huitaine pour rendre son jugement.

Ce jugement, rendu le 10 novembre, est ainsi conçu :

« Le Tribunal :

« Attendu que l'action introduite par le Syndicat des chirurgiens-dentistes contre Levadour a pour objet de faire déclarer que le titre de « *chirurgien-dentiste* » appartient exclusivement à ceux qui ont obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste délivré par l'Etat ;

« Attendu qu'avant la loi du 30 novembre 1892 l'exercice de la profession de dentiste n'était soumis à aucune réglementation spéciale ; que cette loi a eu, notamment, pour objet de prévenir les dangers qui pouvaient résulter pour la santé publique du libre exercice de cette profession ;

« Attendu que l'article 2 de cette loi est ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirugien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste est délivré par le gouvernement..., » etc. ; que la loi a donc créé un grade ou un diplôme nouveau qui porte le nom de diplôme de chirurgien-dentiste et qui désormais donne seul le droit de pratiquer l'art dentaire ;

« Attendu toutefois que, pour sauvegarder les situations acquises et pour respecter le principe de la non-rétroactivité des lois, l'article 32 stipule sous la rubrique de « *Dispositions transitoires* », que le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentés au 1er janvier 1892 ;

« Attendu qu'il résulte clairement du texte de cette loi qu'elle a entendu faire une distinction entre les dentistes diplômés auxquels elle confère le titre de *chirurgien-dentiste* et les dentistes autorisés à continuer l'exercice de leur profession en vertu des dispositions transitoires; que cette distinction résulte non seulement des termes des articles précités, mais encore de la disposition de l'article 30, suivant laquelle un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : « 1°... 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste » ; qu'en stipulant à quelles conditions l'ancien dentiste patenté pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, la loi refuse évidement ce titre à ceux qui ne remplissent pas ces conditions, que le titre de chirurgien-dentiste est donc un titre nouveau attaché au diplôme nouveau créé par la loi ;

« Attendu que la différence entre les chirurgiens-dentistes et les dentistes en exercice résulte également de la façon la plus nette du décret d'administration publique en date du 25 janvier 1893 qui a été rendu pour assurer l'exécution de la loi de 1892 et qui en est le complément et le corollaire ; que l'article 5 de ce décret dit en effet : « Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le di-

plôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de... » etc. ; et plus loin : « Les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition..., » etc. ; que ces deux expressions sont donc nettement opposées l'une à l'autre ;

« Attendu, d'ailleurs, que cette distinction n'est point purement nominale, mais que les droits conférés par la loi aux chirurgiens-dentistes ou dentistes diplômés par l'Etat et aux simples dentistes ne sont pas les mêmes ;

« Qu'en effet, les premiers seuls ont droit de pratiquer l'anesthésie, tandis que les seconds ne peuvent le faire qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé (art. 32) ;

« Qu'il n'y a donc pas identité entre la situation des uns et des autres et qu'il importe qu'aucune confusion ne puisse s'établir entre les deux catégories ;

« Attendu que Levadour objecte, il est vrai, qu'en fait, il avait pris, comme la plupart de ses collègues, le titre de chirurgien-dentiste bien avant la loi de 1892 et que cette loi, n'ayant pas d'effet rétroactif, quant à l'exercice de sa profession, ne saurait en avoir quant au titre ;

« Mais, attendu que le titre de chirurgien-dentiste n'est nullement nécessaire pour désigner la profession que les dentistes exercent et qu'ils peuvent continuer à exercer ;

« Que, de même que la loi a retiré aux dentistes en exercice le droit de pratiquer l'anesthésie, de même, elle a pu, sans porter atteinte au principe de la non-rétroactivité des lois, leur retirer l'usage d'un titre auquel ils n'avaient aucun droit ;

« Attendu que Levadour fait valoir en outre qu'il résulte des débats parlementaires qui ont précédé le vote de la loi de 1892, que dans l'esprit du législateur, l'expression chirurgien-dentiste n'avait point le sens et la portée que le Syndicat entend lui donner aujourd'hui, et que même, à diverses reprises, dans le texte de la loi, les mots « dentiste » et « chirurgien-dentiste » sont pris indifféremment l'un pour l'autre ;

« Mais attendu que, s'il importe de rechercher dans les travaux préparatoires ou dans les discussions parlementaires l'intention du législateur, lorsque le texte de la loi est obscur ou équivoque, il n'en est pas de même lorsque, comme dans l'espèce, il a un sens clair et précis ;

« Attendu sans doute que dans certains articles les mots « dentiste » et « chirurgien-dentiste » paraissent avoir été employés l'un pour l'autre ; mais que cette anomalie s'explique par cette circonstance que le mot « chirurgien-dentiste », pour désigner les dentistes diplômés par l'Etat, n'a été introduit dans la loi que lors de la seconde lecture et à la suite de l'adoption de l'amendement Ollivier et qu'une concordance parfaite sur ce point n'a pas été établie entre les différents articles ;

« Attendu qu'il résulte de tout ce qui précède que Levadour, qui ne justifie pas de l'obtention du diplôme délivré par l'État, ne saurait joindre le titre de « chirurgien » à son titre de dentiste ;

« Que, par suite, la demande reconventionnelle de Levadour en dommages-intérêts doit être rejetée ;

« Par ces motifs,

« Dit que, dans la quinzaine de la signification du présent jugement, Levadour sera tenu d'enlever de ses enseignes, plaques, imprimés, notes, etc., tant à Paris qu'en province, le titre de chirurgien, à peine de 5 francs par chaque jour de retard pendant un mois, après lequel délai il sera fait droit ;

« Et attendu qu'il n'est justifié, quant à présent, d'aucun préjudice, déclare le Syndicat des chirurgiens-dentistes mal fondé en sa demande de dommages-intérêts, l'en déboute ;

« Déclare Levadour mal fondé en sa demande reconventionnelle, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

(*Gazette des Tribunaux.*)

M. Cattiaux, conseiller municipal, officier de santé et dentiste, avait, le 26 octobre, à répondre à une action en responsabilité intentée contre lui par une de ses clientes, Mme Helle. Voici dans quelles circonstances :

Dans le courant de l'année dernière, Mme Helle était venue trouver M. Cattiaux : elle avait, disait-elle, une dent malade dont elle souffrait horriblement. Le praticien, après examen, estima qu'il fallait, sur l'heure, procéder à l'extraction de la molaire. L'opération fut suivie de complications assez graves ; la patiente, atteinte de périostite, dut entrer à l'hôpital. Bref, elle a assigné M. Cattiaux en 2.000 francs de dommages-intérêts devant le Tribunal civil.

A l'appui de sa demande, elle a notamment articulé le fait suivant : son dentiste aurait, suivant elle, commis l'imprudence d'arracher une dent malade, malgré l'inflammation très vive qui l'entourait.

M. Cattiaux, déclinant toute responsabilité, a produit au Tribunal un certificat émané d'un docteur ayant soigné Mme Helle après l'opération, et duquel il résulte que la périostite n'avait point été déterminée par l'extraction dont il s'agit.

Le Tribunal, considérant que d'après les documents de la cause, la périostite dont la demanderesse avait souffert s'était développée spontanément et n'avait pas été la conséquence de l'opération faite par M. Cattiaux, que par suite il n'y avait pas lieu à enquête, a débouté Mme Helle de ses conclusions, et l'a condamnée aux dépens. (Tribunal civil de la Seine, 6e ch. — Présidence de M. Toutée. — Audience du 26 octobre. — Plaidants : M. *Chevalier-Maresq* pour Mme Helle et M. *Morillot* pour M. Cattiaux.)

(*Gazette des Tribunaux.*)

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

A M. le Directeur de *l'Odontologie*.

J'apprends par *Le Monde dentaire* qu'on m'accuse d'avoir déserté l'Ecole dentaire de la rue Réaumur, que j'avais fondée et dont j'ai pendant 4 ans dirigé les destinées. Je ne saurais accepter ce reproche et je dois à mes confrères quelques mots d'explication à ce sujet.

Après la mort de mon très regretté et très cher ami Dubois, la bonne volonté manifestée indistinctement par tous, pour rendre à sa famille une faible partie de la situation que lui aurait laissée son chef, s'il n'avait toujours sacrifié ses intérêts personnels à l'intérêt général, me rapprocha tout naturellement de mes confrères de l'Ecole dentaire de Paris, près desquels j'ai rencontré en cette triste circonstance un accueil sympathique. Ils se souvenaient que j'avais été un des fondateurs de cette institution et que nous avions travaillé longtemps ensemble à son succès. Aussi n'ai-je point entravé, tout au contraire, je l'avoue, les mesures prises pour essayer d'amener l'oubli de nos anciennes divisions.

En acceptant de reprendre mon poste dans l'Ecole où j'ai fait mes débuts d'élève et de professeur, j'avais fait réserver pour mes collaborateurs principaux de l'Ecole de la rue Réaumur, ainsi que pour les élèves, la possibilité d'y entrer aussi à des conditions très honorables pour tous. La fermeture de l'Ecole dentaire pratique était la conséquence forcée des négociations entreprises, aussi bien dans l'esprit de mes anciens collègues que dans celui de mes collaborateurs du moment. Aussi, pour assurer sa disparition régulière, avais-je dû prendre toutes les mesures légitimes que me dictait ma double situation de directeur de l'Institution et de titulaire responsable du local.

Quelques-uns de mes collègues, au dernier moment, prenant comme prétexte certains retards de pure forme survenus dans les négociations, sont revenus sur leur adhésion première et ont préféré reconstituer sur des bases nouvelles, que je n'ai pas à connaître, l'Ecole que nous étions convenus de dissoudre.

Je le regrette pour la profession, dont les forces ne peuvent produire leurs effets utiles que par la concentration ; je le regrette aussi pour moi, à cause de l'interprétation inexacte qui a été donnée à ma conduite. Je suis rentré à l'Ecole dentaire de Paris, pour me consacrer tout entier à l'œuvre qu'elle poursuit, en lui apportant non seulement tout mon dévouement, mais encore toute mon activité et mon expérience professionnelle. C'est pour cela, du reste, que mon absence de la séance d'inauguration de l'Ecole dentaire nationale française a été absolument voulue et non accidentelle, comme on l'a insinué. Je ne crois pas qu'on insiste là-dessus.

L. Richard-Chauvin,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris [1].

NÉCROLOGIE.

On annonce la mort de M. Blavier, sénateur de Maine-et-Loire, ingénieur des mines et officier de la Légion d'honneur.

Nos confrères n'ont certainement pas oublié la part importante qu'il avait prise à la discussion, au Sénat, de la loi sur l'exercice de la médecine, sur la distinction à faire entre le chirurgien-dentiste et le mécanicien-dentiste.

Afin de bien se rendre compte de ce qu'est le travail exécuté dans l'atelier, il s'était rendu dans le laboratoire de M. Godon et il put ainsi apporter à la tribune des arguments péremptoires, qui convainquirent l'assemblée.

Nous devons un tribut de reconnaissance à cet homme qui se fit en quelque sorte le champion de notre cause.

Nous avons appris avec regret la mort d'un de nos confrères parisiens, membre de notre Société, M. Paul Bertaux, qui a été enlevé à l'affection de sa famille à 33 ans.

Nous adressons à tous les siens nos bien sincères compliments de condoléance.

1. Nous apprenons que plusieurs des professeurs dentistes de l'établissement de la rue Réaumur viennent, à leur tour, de donner leur démission.
N. D. L. R.

Nous apprenons également la mort de M. de Flaugergues. Il n'avait que des sympathies parmi ceux qui le connaissaient.



NOUVELLES

ÉCOLE FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE ET DE MASSAGE.

Le Dr Paul Archambaud a repris ses cours, le mercredi 11 novembre, à six heures du soir, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundis, mercredis et vendredis de 4 à 6 heures, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations qui ont lieu aux heures de consultation.

L'assemblée générale annuelle des membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France se tiendra le mercredi 8 décembre, à 8 heures 1/2 du soir, à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot.

Le lendemain, jeudi 9 décembre, aura lieu, sous la présidence de M. Strauss, conseiller municipal, un banquet pour lequel on peut se procurer des cartes chez les membres du conseil d'administration. La cotisation est fixée à 12 fr.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'un de nos jeunes professeurs, M. Friteau, vient de passer avec succès sa thèse de doctorat en médecine sur les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial. Toutes nos félicitations.

L'inauguration solennelle de l'Université de Paris, créée par la loi du 10 juillet 1896, a eu lieu le 20 novembre, à 2 heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence du président de la République, assisté du ministre de l'instruction publique.

L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par son directeur et par plusieurs membres du corps enseignant.

La réouverture des cours de l'Ecole dentaire de France a eu lieu le mardi 17 novembre sous la présidence de M. le Dr Tillaux, membre de l'Académie de médecine.

On lit dans *l'Odontologie* de septembre 1895, p. 573 :

LA DIGNITÉ PROFESSIONNELLE

Dans une petite feuille d'annonces pharmaceutiques, le *Correspondant médical*, du 15 septembre 1895, on lit l'avis suivant :

171. — Le docteur Rousseau, dentiste des hôpitaux de Paris, des manufactures de l'Etat, est toujours à la disposition de ses confrères, soit pour eux, soit pour leur famille, soit pour leurs clients, en tout ce qui concerne l'art dentaire et la prothèse. — 57, rue des Martyrs, en face de l'avenue Trudaine.

16e ANNÉE. N° 12. DÉCEMBRE 1896 IIe SÉRIE. VOL. 3



L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS OCULAIRES ET DES SINUSITES DE LA FACE D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. le Dr Alph. PÉCHIN [1].

La corrélation qui existe entre les lésions dentaires et les affections oculaires a été notée il y a longtemps, et elle n'a pu échapper aux esprits doués d'un bon sens clinique ; mais ce qui n'a pu être expliqué facilement, c'est le lien intime qui relie ces affections les unes aux autres et la nature du processus propagateur. Pour que des recherches, en ce sens, devinssent fructueuses, il fallait acquérir de nouvelles notions anatomiques et surtout pouvoir mettre à profit nos connaissances en bactériologie, connaissances qui ont jeté tant de clarté dans certaines questions de pathologie restées obscures jusqu'alors.

Les affections oculaires d'origine dentaire ont été classées en deux ordres, d'après leur nature : les affections de nature réflexe et celles de nature inflammatoire. Mais cette division, assurément capable de mettre un certain ordre dans le sujet, me paraît un peu schématique et en tous cas trop absolue, certaines lésions d'ordre réflexe pouvant parfaitement devenir plus tard d'ordre inflammatoire ou, en d'autres termes, n'étant après tout qu'une phase des phénomènes inflammatoires. En pareille matière, la démarcation entre ces deux genres de lésions ne me paraît pas nette, et pour qu'elle le devînt il faudrait que chaque cas fût bien étudié et la filiation des accidents bien démontrée et exactement suivie. Je pense, en outre, que la classe des lésions d'ordre réflexe diminuera au profit des lésions d'origine microbienne, au fur et à mesure que la bactériologie fera des progrès et nous permettra de mieux saisir la nature des divers processus et leur mode d'évolution. Ce n'est pas à dire pourtant que je veuille nier la nature réflexe de certaines affections oculaires pour reconnaître partout et toujours le domaine de l'infection microbienne ; non, certes, ce n'est là ni mon but ni

1. Mémoire présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris.

ma pensée ; mais ne suis-je pas autorisé à faire de telles réserves quand je considère combien d'affections, autrefois appelées réflexes, ont réussi à trouver leurs places légitimes et dûment marquées dans les cadres nosologiques, lorsque des connaissances plus approfondies ont mieux permis d'en étudier la nature intime? Or, on peut prévoir que, sans disparaître tout à fait, les affections oculaires d'origine réflexe verront leurs limites se restreindre de plus en plus.

Certains auteurs ont pensé que les troubles de l'innervation de la cinquième paire déterminaient des lésions du segment antérieur de l'œil, réservant au segment postérieur de cet organe les lésions d'origine inflammatoire, infectieuse, dont la propagation se ferait directement à l'orbite. Voilà encore une division très nette, très distincte assurément, mais que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'accepter au moins sans réserve ; ni la physiologie expérimentale ni la clinique ne l'autorisent.

J'accepte l'origine réflexe dans le larmoiement dû à une irritation des filets terminaux du trijumeau, dans l'amblyopie avec rétrécissement périphérique du champ visuel, et même, dans ce dernier cas, je ne puis me défendre d'un certain doute et ne voudrais pas nier toute influence à la propagation d'une inflammation vers le canal optique, où le nerf optique risque plus ou moins d'être comprimé suivant l'épaisseur variable de la cloison optico-sphénoïdale, et, sinon comprimé, du moins adultéré par des éléments septiques, compression ou infection qui peuvent très bien rendre compte de la diminution de la vision et du champ visuel.

Si petite qu'elle soit, une place doit toutefois être réservée aux phénomènes réflexes purs. La lésion dentaire déterminant une impression sensitive pourra, par le trijumeau, aboutir au bulbe, au grand sympathique ou au centre cilio-spinal, donnant le branle à un plus ou moins grand nombre de neurônes, suivant l'impressionnabilité du sujet, et aussi suivant d'autres raisons qui nous échappent, toutes raisons pour lesquelles le retentissement de l'impression sensitive pourra se faire à plusieurs noyaux, provoquant des phénomènes variables, moteurs ou vaso-moteurs ; or, dans ces troubles moteurs ou vaso-moteurs, essentiellement transitoires, purement dynamiques, on ne trouvera jamais les caractères que revêtent les lésions inflammatoires du tractus uvéal et de la rétine.

Des phénomènes congestifs d'origine réflexe peuvent-ils, par irritation du trijumeau, dilater les vaisseaux du globe oculaire et du cercle ciliaire notamment, et même déterminer une iritis, *une fausse iritis*, comme disent ceux qui rejettent en pareils cas la pathogénie microbienne pour admettre l'influence seule du réflexe? C'est à discuter. Le 11 février 1894, M. Fromaget rapportait à la Société des sciences médicales de Bordeaux une observation bien intéressante à ce sujet. Le malade, observé par M. le Pr Badal, était atteint d'empyème de l'antre d'Highmore consécutif à une carie dentaire, et bientôt apparaissaient des phénomènes iriens qui cessèrent dès que le sinus fut traité par la ponction et les lavages antiseptiques. En s'appuyant sur le succès *immédiat* du traitement, MM. Badal et

Fromaget virent là des phénomènes purement congestifs, une *fausse iritis*. Pour ces auteurs la muqueuse peut aller jusqu'à doubler d'épaisseur dans l'empyème, gêner par ce fait la circulation dans l'orbite et dans l'intérieur du globe ; ils rappellent que les extrémités terminales du nerf trijumeau plongées dans le tissu malade sont constamment irritées et qu'Aippel a démontré que l'irritation du trijumeau dilate par voie réflexe les vaisseaux du globe oculaire et surtout du cercle ciliaire. De plus, ces auteurs font remarquer que l'accident oculaire est toujours du côté de la lésion du sinus, ce qui constitue pour eux une preuve de plus en faveur de la théorie d'influences réflexes qui provoquent la vaso-dilatation. Assurément, il y a là de sérieux arguments en faveur de la théorie réflexe, les auteurs les ont bien mis en valeur. Je partage néanmoins, à cet égard, entièrement, l'opinion de C. Ziem ; comme lui, je pense que lorsqu'à la suite de carie dentaire, d'ostéo-périostite infectieuse, se développent un empyème de l'antre d'Highmore et ensuite des phénomènes iriens, il s'agit d'une métastase du pus par les vaisseaux, soit veineux, soit lympathiques, dans le tissu de l'uvée et de l'iris.

Il s'en faut que cette dernière opinion soit généralement acceptée ; on lui oppose notamment l'ignorance dans laquelle nous sommes de la voie que parcourrait le pus pour arriver à l'œil ; et à supposer que cette voie fût connue, nettement démontrée, les adversaires de la théorie microbienne se refusent à admettre, et cela avec quelque apparence de raison, il faut bien l'avouer, que les microbes qui déterminent l'empyème, une fois arrivés dans la choroïde, ne pourront développer que de simples phénomènes congestifs [1].

Je reviens aux deux objections plus haut énoncées. A la première objection je réponds que, si la voie que doit parcourir le pus n'est pas actuellement connue, elle peut l'être dans l'avenir et, par conséquent, je ne puis attacher grande importance à cet argument anatomique qui est simplement d'ordre *négatif*. Il est plus difficile de répondre à la seconde objection, à savoir que des éléments infectieux, transportés par une voie quelconque dans l'œil, y détermineront fatalement des méfaits et y révèleront leur présence autrement que par de simples troubles irritatifs. Et pourtant, je me demande s'il est absolument certain que les microbes qui arriveraient du sinus maxillaire dans la choroïde (dans la rétine) doivent *nécessairement et fatalement* produire des lésions, sur l'absence desquelles MM. Badal, Fromaget et leurs partisans fondent en grande partie leur argumentation. Ces méfaits, ces lésions, sont très fréquents, j'en conviens; mais sont-ils une *fonction constante et nécessaire de ces microbes?* La biologie de ces microorganismes est-elle suffisamment connue et éta-

---

1. En passant, je rappellerai, d'après M. le Pr Panas, que, dans ces cas d'infection métastatique, le mot choroïdite est inexact et doit être remplacé, ainsi qu'il le propose, par celui plus juste de rétinite. Et, en effet, dans les cas d'infection consécutive de l'œil, la choroïde a toujours été trouvée saine au début; c'est la rétine qui est infectée en premier lieu et non la choroïde; il y a d'abord rétinite et non choroïdite, celle-ci est secondaire. N'est-ce pas d'ailleurs le système vasculaire de la rétine qui apporte l'infection ?

blie pour que nous puissions faire ainsi fond sur elle et tirer des conclusions formelles? Je ne le pense pas. Et d'ailleurs, nous ne devons pas oublier que nous assistons au début de la bactériologie, que cette science en est encore à sa période de développement, pour ne pas dire de tâtonnement, que médecins et chirurgiens l'ont saluée avec d'autant plus d'enthousiasme à son aurore, qu'ils vivaient auparavant bien malheureux en face de simples hypothèses souvent décevantes, et que, par contre, nous devons nous rappeler que nous, ophtalmologistes, assez heureux pour avoir eu en partage, dès le début, une science exacte ou qui l'est devenue rapidement, nous sommes tenus à beaucoup de prudence et à ne pas demander à la bactériologie plus qu'elle ne peut donner actuellement. Et c'est pourquoi, bien que suffisamment édifiés sur le compte des pneumocoques, des staphylocoques blancs ou dorés, et surtout des streptocoques, pour savoir qu'une fois installés dans la rétine, puis dans la choroïde, ils peuvent donner et donnent souvent lieu à une rétinite infectieuse et consécutivement à une choroïdite purulente, nous ne pouvons pas être absolument affirmatifs pour déclarer que c'est là la *seule* manifestation dont ils sont capables et par laquelle ils peuvent, eux ou leurs toxines, se révéler dans l'œil.

Tout n'est donc pas dit sur ces *fausses iritis* ; le débat est encore ouvert, mais je reste plus disposé à voir dans de pareilles lésions une origine purement *microbienne* qu'à considérer l'observation de M. Badal citée plus haut comme démonstrative du contraire.

Mais ici une question doit se poser, et, en la posant, j'estime faire preuve d'un esprit de conciliation qui va peut-être me permettre de tendre la main aux partisans des deux théories, nous rencontrant ainsi sur un terrain commun où l'entente peut se faire. Des phénomènes irritatifs, congestifs de l'œil, peuvent-ils être le point de départ, la cause occasionnelle d'une infection microbienne?

Mais certainement. Et d'abord, il y a lieu d'admettre l'analogie la plus parfaite entre les phénomènes irritatifs, congestifs, d'ordre dynamique comme ceux que peuvent créer des réflexes et les traumatismes. Or, il est actuellement parfaitement démontré que chez un individu en état de septicémie quelconque, même si l'infection est latente, cette infection pourra se révéler à l'occasion d'un traumatisme et apparaître dans une région déterminée, celle où le traumatisme aura porté. Le traumatisme localisera le processus septique microbien. Les faits cliniques et les expériences de laboratoire abondent ; ils concordent pour ne laisser aucun doute sur ces relations étroites qui existent entre le traumatisme et les manifestations locales d'un état septique ou diathésique, relations sur lesquelles le professeur Verneuil a déjà attiré l'attention par ses travaux sur le microbisme latent. Le traumatisme peut donc réveiller une infection latente et la localiser. Il peut aussi affaiblir les tissus, réduire leur puissance phagocytaire et les livrer ainsi par cette dépréciation des actes vitaux, par cet hypotrophisme, à l'action nocive de germes qui vivaient à leur contact à l'état de saprophytes, en hôtes silencieux, et qui tout à coup vont devenir virulents et pathogènes, parce qu'ils

trouvent un terrain favorable à leur activité. Et c'est ainsi que les théories modernes vont pouvoir revendiquer pour elles ce que les anciens disaient à propos des humeurs : *Ubi stimulus, ibi fluxus.*

Aux nombreuses observations déjà connues où un œil traumatisé, avec une telle conservation des téguments et de la conjonctive qu'il n'était pas permis d'admettre une infection exogène pour expliquer des accidents infectieux reconnus après l'examen bactériologique, pour être une métastase d'une infection endogène, il y a lieu d'en ajouter trois autres, rapportées par C. Ziem dans les *Annales d'oculistique* de septembre 1894, et dans lesquelles on voit nettement l'influence d'une infection du nez ou du sinus maxillaire sur des yeux traumatisés. Dans ces trois cas, un traitement antiseptique du foyer primitif de l'infection a pu arrêter les progrès de ces irido-cyclites traumatiques qui devenaient justiciables de l'énucléation. Dans un cas, l'œil non traumatisé bénéficia d'une augmentation de l'acuité visuelle ; dans les deux autres, les accidents sympathiques cessèrent aussitôt.

Donc, à n'en pas douter, et ainsi que l'a déjà démontré Schmidt-Rimpler, le traumatisme peut créer une irritation, une sorte d'érection du cercle ciliaire, qui peut même ne pas se localiser dans l'œil blessé, mais bien envahir l'autre œil. On a ainsi la première phase des accidents qui vont évoluer et cesser d'être simplement irritatifs pour devenir inflammatoires, infectieux, s'il y a dans le nez, la bouche ou ailleurs, des éléments d'infection.

Dans ces cas, le traumatisme est la cause primordiale, mais *non* suffisante pour déterminer les troubles inflammatoires, ces derniers ayant dû d'évoluer à un processus infectieux. Or, dans les cas qui nous occupent, l'état irritatif, congestif, peut être provoqué par une cause étrangère à un traumatisme, à une cause d'ordre réflexe, et dès lors si le malade est atteint dans le nez ou le sinus d'une lésion infectieuse quelconque, les mêmes accidents signalés plus haut vont pouvoir se dérouler. Bien plus, au lieu de voir deux processus, le premier irritatif et le second infectieux, se succéder *accidentellement*, l'un faisant appel à l'autre, ce dernier pouvant d'ailleurs ne pas répondre *fatalement* et *nécessairement*, il me semble que la bactériologie ne s'oppose pas à la conception d'un processus infectieux qui débuterait d'abord par des phénomènes irritatifs et qui n'en seraient pas moins déjà des phénomènes infectieux. Ainsi, l'irritation mise sur le compte d'un réflexe serait purement et simplement une infection. Et je réponds ainsi à la question posée précédemment.

L'infection d'origine dentaire peut s'étendre aux sinus de la face : sinus maxillaire supérieur, sinus frontal, sinus ethmoïdal, sinus sphénoïdal. Autrefois on pensait que l'occlusion de l'orifice faisant communiquer la cavité d'un sinus avec les tissus ambiants ou avec l'air extérieur pouvait déterminer une inflammation de ce sinus ; or, c'est là une erreur aujourd'hui bien reconnue ; certainement l'occlusion ne peut agir en ce sens, et c'est plutôt l'ouverture, la perméabilité qui crée tout le danger de l'infection. Cette notion étiologique

est très importante, car une thérapeutique préventive qui consistera dans l'antisepsie en découle tout naturellement. La sinusite infectieuse du maxillaire supérieur, consécutive à une périostite alvéolo-dentaire, peut avoir un retentissement sur l'orbite; il suffit de se reporter à l'anatomie de la région pour comprendre que le processus infectieux puisse ainsi s'étendre. Demarquay et Duplay ont rapporté de nombreuses observations de phlegmons orbitaires. Ces phlegmons proviennent, dans l'immense majorité des cas, d'une périostite du plancher de l'orbite consécutive à une inflammation de l'antre d'Highmore. Le pus peut arriver à l'orbite en décollant de bas en haut le périoste; mais ces faits sont rares à cause de la résistance des aponévroses. Dans certains cas, la voie veineuse a été l'unique voie de l'infection. Jurwitsch et Festal ont démontré que les veines du sinus maxillaire et du périoste de la mâchoire supérieure aboutissent en grande partie à la veine ophtalmo-faciale, veine qui, venue de la pituitaire, passe par le trou sphéno-palatin, s'anastomose avec les veines intra-orbitaires et vient se terminer dans la veine faciale au-dessous de l'os malaire. L'inflammation de cette veine pourrait même provoquer presque d'emblée une thrombo-phlébite du sinus caverneux. Le processus inflammatoire peut suivre la voie lymphatique, c'est admis ; mais réellement on ne connaît pas cette voie lymphatique qui permet aux accidents de progresser du bord alvéolaire à l'orbite ; on connaît la voie inverse, celle qui va de l'orbite aux régions inférieures et latérales.

La périostite alvéolo-dentaire du maxillaire inférieur et, en général, tous les états infectieux de ce bord alvéolaire peuvent déterminer des thrombo-phlébites des sinus caverneux et des phlébites orbitaires secondaires. Les cas bien étudiés de Boiteux et de A. Terson démontrent que l'infection gagne la base du crâne par les veines du trou ovale.

Ce que j'ai dit pour le sinus maxillaire supérieur peut s'appliquer aux autres sinus de la face : l'infection peut les atteindre séparément ou *tous successivement*, ainsi qu'en témoigne la très remarquable observation suivante de M. Panas, communiquée à l'Académie de médecine (séance du 12 mars 1895 [1]).

Voici l'observation clinique, telle qu'elle a été rédigée par M. Courtillier, interne du service :

P. A..., garçon de magasin, 31 ans, entré le 16 avril 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, lit n° 16. Antécédents personnels : rien de particulier. Début de l'affection : au commencement d'avril le malade souffre d'une molaire supérieure qui est un peu cariée et remarque que depuis quelque temps il mouche beaucoup. La matière est muco-purulente, surtout lorsqu'il se penche fortement en avant. Vers la même époque, il s'aperçoit qu'il sent mauvais du nez. Ceci se passe sans douleur autre que la douleur dentaire. Nul gonflement sur le rebord alvéolaire. Le malade fait soigner sa dent, il subit cinq à six pansements dans l'espace de quinze

1. *Archives d'ophtalmologie*, mars 1895.

jours. Les phénomènes douloureux persistent quand même. Dans la matinée du vendredi 13 avril, P... perd complètement la vue. Il s'en aperçoit en faisant son travail et remarque qu'en fermant l'œil gauche il ne voit absolument rien de l'autre. Cette amaurose est survenue progressivement dans l'espace de quelques heures et le malade, très affirmatif, dit que cet œil droit voyait très bien non seulement la veille du 13, mais aussi le matin du 13, à son réveil. En même temps, apparaissent des douleurs violentes dans tout le côté droit de la face; la pommette et la région orbitaire sont particulièrement douloureuses. La conjonctive s'infiltre rapidement et les paupières sont gonflées en quelques heures. Les tissus de la joue s'œdématient également. Le malade est pris de fièvre et éprouve quelques frissons. Cet état persiste pendant les jours suivants.

Etat à l'entrée. — Le malade se présente à la clinique ophtalmologique le lundi 16 avril. Les paupières supérieure et inférieure droites, ainsi que la joue du même côté, sont gonflées, œdématiées; on ne voit aucune sécrétion sur les paupières. La peau est rouge, violacée, tendue, luisante et chaude. Tout ce massif inflammatoire, douloureux spontanément, l'est beaucoup à la pression.

On écarte difficilement les paupières, très fortement œdématiées, et le chémosis cache en partie l'œil porté en avant, en exorbitis. L'œil est immobile, la pupille regardant directement en avant. La cornée, la pupille sont normales.

L'ophtalmoscope permet de constater que la papille est légèrement décolorée, les veines distendues, non pulsatiles, les artères diminuées de volume. Le malade ne peut distinguer ce qui l'entoure, il lui est difficile de dire s'il aperçoit la lumière d'une lampe passée devant son œil. En palpant le sillon orbito-palpébral en haut, ainsi qu'en bas, on constate de la rénitence. Il est difficile de se rendre compte de l'état du maxillaire supérieur, car la peau qui le recouvre est très douloureuses. Le malade se plaint d'élancements douloureux dans le côté droit de la tête; il présente quelques vésicules d'herpès aux lèvres, et un mouvement fébrile assez accusé. La langue est saburrale et l'haleine fétide. L'état général est assez bon, mais cet homme a l'air très abattu. P... entre salle Saint-Julien. Dès son arrivée, on lui fait un pansement antiseptique et on lui donne du calomel à doses fractionnées.

17 *avril.* — Incision de la paupière au niveau de la partie moyenne de l'arcade orbitaire. Il sort quelques gouttes de pus.

18 *avril.* — On endort le malade et, pendant le sommeil chloroformique, il s'écoule du pus par la narine droite. On enlève la première grosse molaire droite, qui est légèrement cariée. Avec une tréphine on perfore la paroi alvéolaire et on tombe dans le sinus maxillaire. Par l'orifice ainsi créé il sort du pus extrêmement fétide. On fait un lavage avec une solution de biiodure de mercure, et il s'écoule quantité de liquide purulent et de matière grumeleuse, caséiforme, d'une puanteur excessive. On place dans le sinus, à travers l'orifice alvéolaire, un drain de caoutchouc fermé en bas

par une cheville d'ivoire. Le tout est fixé par un fil à la molaire avoisinante. Dans le courant de la journée on fait des lavages répétés avec une solution de permanganate de potasse à 4 p. 1.000.

19 *avril.* — Comme les phénomènes inflammatoires et le gonflement persistent au pourtour de l'orbite, M. Panas fait une incision en T sur la paupière inférieure au milieu du rebord orbitaire. Il sort par l'ouverture du pus bien lié et la sonde cannelée introduite par l'incision tombe sur le plancher du maxillaire supérieur largement dénudé. On met un drain, puis on lave au permanganate. Le liquide sort par le nez sans passer par le sinus maxillaire, et quand le malade se mouche, l'air passe non seulement par l'ouverture pratiquée dans la paupière inférieure, mais aussi par celle qui existe sur le milieu de la paupière supérieure. On répète le lavage au permanganate de potasse plusieurs fois par jour, et dans l'intervalle on applique un pansement antiseptique.

20 *avril.* — La température du matin s'est abaissée à 36° 9. Même état local, mêmes pansements que la veille. Le malade se sent un peu mieux. Pas de perception lumineuse à droite. Pupille énormément dilatée. Persistance de l'immobilité du globe.

22 *avril.* — Les douleurs de tête ont disparu, ainsi que la fièvre. L'état général est meilleur et le malade commence à s'alimenter. Le gonflement des paupières a diminué, aussi est-il possible de glisser un drain sur le plancher de l'orbite. Le pus qui sort au moment des lavages est en petite quantité. Il y a de légers mouvements du globe oculaire. Depuis quelques jours on interroge le malade au point de vue de son acuité visuelle et aujourd'hui, pendant qu'on promène une compresse devant sa figure, il dit avoir la sensation d'un objet agité devant son œil.

23 *avril.* — Même état, mais le malade n'accuse plus aucune perception lumineuse.

1er *mai.* — Amélioration progressive de l'état général et de l'état local. Le malade distingue les doigts de la main à contre-jour.

7 *mai.* — La suppuration a en partie disparu.

Dans la nuit du 6 au 7 mai, le malade a eu de la céphalée d'une façon assez intense, les douleurs se sont propagées dans la nuque, et le cou ne peut être remué sans douleurs ; quelques vomissements. Le matin, malaise général avec frissons, la température remonte à 39° 8 le matin. Le pansement est peu taché par le pus. Le liquide de l'injection ne ramène rien. Le malade distingue à peine la main. Les jours suivants l'état général baisse et le malade se plaint de douleurs céphaliques ; il éprouve plutôt une sensation de gêne avec frissons nuit et jour. De temps à autre, vomissements sans efforts. Le malade a toujours le cou raide, il fléchit difficilement la tête, il évite tout mouvement brusque, qui lui retentit douloureusement dans le crâne. La lumière vive et le bruit le gênent ; il préfère être au lit, où il se couche pelotonné sur lui-même. Pas de troubles intellectuels ni de changement dans l'état des lésions du côté droit de la face. La fièvre augmente. Dans la nuit du 14 au 15 mai, le malade est pris subitement de malaise intense ; on appelle l'interne de garde,

mais le patient meurt dix minutes environ après le début des accidents. Dans la journée on n'avait noté aucun changement menaçant.

Autopsie le 16 mai. — On enlève la calotte cranienne avec la scie et, au moment où on la soulève dans la partie antérieure, on voit sourdre du sinus frontal droit un flot de pus verdâtre. Le sinus est plein de pus semblable, mais les parois osseuses sont intactes. Le sinus gauche est normal. En soulevant le lobe frontal droit, on voit que celui-ci est adhérent à la voûte orbitaire et qu'il présente à ce niveau une teinte brunâtre. En pressant légèrement dessus, le tissu se déchire et donne issue à une certaine quantité de pus sanieux; on recueille de ce pus sur des lamelles, avec une pipette, en vue de l'examen bactériologique. Pour enlever complètement le cerveau, on coupe l'adhérence et l'on constate à l'endroit de celle-ci que la voûte orbitaire est perforée. L'orifice a les dimensions d'une lentille. On résèque avec précaution la voûte orbitaire, ainsi que la partie osseuse environnante, ce qui permet de constater l'infiltration de l'éthmoïde et de la petite aile du sphénoïde par du pus noirâtre; le sinus sphénoïdal droit ne contient pas de pus. Tout le périoste de la cavité orbitaire est spontanément décollé, et entre lui et l'os se trouve un vaste espace où est collectionné le pus. Le cône musculaire et le tissu cellulo-adipeux de l'orbite sont absolument normaux et comme enveloppés par la collection sous-périostale qui les repoussait en avant, d'où l'exorbitis. L'ouverture des sinus caverneux et des veines qui s'y rendent permet de constater l'absence de toute thrombo-phlébite. L'œil enlevé, en coupant le nerf optique au ras du trou du même nom, on constate que le sinus maxillaire communique largement avec la cavité orbitaire. L'examen de la voûte de l'orbite permet de reconnaître que la perforation osseuse, à peu près circulaire, siège vers le tiers interne de la suture spheno-frontale, dans le voisinage du canal optique. L'os en ce point offre la teinte brunâtre caractéristique de la carie. En examinant le cerveau, on voit que les vaisseaux méningés sont bordés de traînées blanchâtres de pus, jusqu'au niveau de la protubérance annulaire. Les ventricules latéraux sont distendus par du liquide séro-purulent abondant. Une coupe faite à la partie inférieure du lobe frontal droit, au point correspondant à la perforation de l'orbite, démontre l'existence d'un abcès intra-cérébral du volume d'une grosse noix. Cette poche, tapissée par une fausse membrane, ne paraît pas communiquer avec les ventricules latéraux; elle occupe la partie centrale de la corne frontale droite. Tout le tissu cérébral environnant est altéré dans sa couleur et sa consistance. On enlève avec soin la base de l'encéphale comprenant le chiasma, la protubérance et les pédoncules cérébraux, de façon à soumettre la pièce à un examen histologique détaillé. Les autres viscères ne présentent rien à signaler.

Examen bactériologique. — Au moment de l'opération, le pus contenu dans l'orbite et le sinus maxillaire, examiné par A. Terson, fut trouvé riche en staphylocoques dorés, à l'état de pureté. L'inoculation de cultures de celui-ci dans la cornée d'un lapin adulte

provoqua de la panophtalmie, preuve de sa grande virulence. Guénod, procédant de même avec le pus de l'abcès du cerveau, y a trouvé, à côté de rares staphylocoques dorés, des streptocoques en grand nombre, preuve que la méningo-encéphalite qui a emporté le malade en quelques heures provenait d'une infection secondaire, que les soins antiseptiques mis en œuvre ont été impuissants à prévenir. L'examen histologique de l'appareil optico-sensoriel offrait pour nous le plus grand intérêt et nous nous sommes promis de suivre pas à pas le mode d'évolution de la névrite, caractérisée pendant la vie par l'apparition d'une amaurose unilatérale brusque, avec début d'atrophie de la papille du côté correspondant à la sinusite et abcès orbitaire perforant ayant entraîné la méningo-encéphalite et la mort rapide. Pour faire cela nous avons procédé avec A. Terson à l'examen successif du globe, de la portion intra-orbitaire du nerf, de la portion en rapport avec le canal optique, après décalcification de la pièce, de la portion intra-cranienne et finalement du chiasma et des bandelettes optiques jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Le durcissement général de la pièce a été fait dans la liqueur de Muller et la décalcification obtenue dans un mélange d'acide chlorhydrique et nitrique, 5 grammes de chacun avec eau distillée, 200 grammes, et alcool à 90°, 800 grammes.

Inclusion à la celloïdine et coloration des coupes par le carmin, l'hématoscyline et le carmin de Mayer, sans négliger la méthode de Weigert pour s'assurer de l'état de la myéline sur les différents points du tractus optique.

Globe de l'œil. — Tout le segment antérieur a été trouvé absolument sain. La papille optique est exempte d'inflammation et possède son excavation physiologique ; les vaisseaux centraux sont normaux. Le réactif de Weigert démontre qu'en ce point la myéline se colore moins bien et qu'elle semble désagrégée. Cela est surtout vrai pour la moitié nasale de la portion terminale du nerf.

Portion intra-orbitaire du nerf. — Celle-ci, soumise à un grand nombre de coupes perpendiculaires successives, toutes traitées par les mêmes réactifs, s'est montrée normale. Le seul détail à signaler consiste dans la présence d'une mince couche de cellules inflammatoires autour de la gaîne piale du nerf, indice d'un léger degré de vaginalite.

Portion intra-canaliculaire du nerf. — Des coupes frontales comprenant le nerf, ses gaînes et les parois osseuses du canal optique, nous ont permis de nous assurer que les lésions avaient élu ce point pour siège. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'accumulation d'une grande quantité de cellules rondes inflammatoires dans l'espace intra-vaginal du nerf, formant manchon autour de la pie-mère, qui est pourvue d'un grand nombre de capillaires engorgés par du sang. En ce point, le réactif de Weigert montre la myéline grenue et en grande partie réfractaire à la coloration, mais sans hyperplasie du stroma conjonctif ni de la névroglie. On dirait d'une altération wallérienne par compression, sans névrite interstitielle.

Portion intra-cranienne du nerf, chiasma et bandelettes optiques.

— Le nerf optique droit apparaît plus aplati que le gauche et réduit de volume; mais le tissu nerveux se colore presque aussi bien que celui de son congénère. Sur une coupe faite à la partie antérieure du chiasma on voit le côté gauche de celui-ci, correspondant aux fibres croisées venues du nerf optique droit, aplati et très aminci. Même disposition sur des coupes passant par le milieu du chiasma et par la partie postérieure de celui-ci. La réduction de volume, bien que moins accusée, se rencontre à la bandelette optique gauche. Il est à noter que le Weigert colore bien toutes les coupes. A partir de la moitié postérieure des bandelettes jusqu'aux corps genouillés et aux tubercules quadrijumeaux, on ne constate plus aucune différence de volume et de coloration entre les deux moitiés droite et gauche du système optique.

En résumé, de la compression du nerf dans le canal optique enflammé, sont résultés: l'interception du courant sensitif centripète vers les centres, d'où amaurose brusque ; l'épanchement d'une certaine quantité de liquide plastique dans la gaîne et corrélativement la décoloration par résorption myélinique de la papille, avec légère hypérémie des veines rétiniennes, ainsi que l'examen à l'ophtalmoscope en fait foi; enfin, une altération wallérienne, à marche ascendante, vers la moitié opposée du chiasma et vers la bandelette optique gauche.

L'observation suivante, présentée par M. Fage à la Société d'ophtalmologie de Paris le 7 novembre 1893, offre une grande analogie avec la précédente, avec cette heureuse différence que l'évolution des accidents a pu être arrêtée :

Un homme de 29 ans se présente à la consultation du Dr Fage avec l'œil gauche en exophtalmie, surmonté d'un bourrelet chémotique et les paupières très œdématiées. Pupille un peu dilatée, fond d'œil normal, orbite libre autour du globe à l'exploration. Par contre, la joue correspondante est empâtée, douloureuse à la pression. L'examen de la bouche décèle la présence de bon nombre de dents cariées et de chicots, et à gauche un gonflement inflammatoire de la gencive supérieure où manque la première prémolaire. Cette dent a été arrachée peu de jours avant. Ces symptômes s'étant singulièrement aggravés malgré un traitement approprié, M. Fage pratique une petite ouverture à la capsule de Ténon (l'opérateur croyait avoir affaire à une ténonite et il la traitait par la capsulotomie de Dransart). Il ne s'écoule aucun liquide caractéristique. L'incision de la paupière inférieure fait sortir, au contraire, un flot de pus sanguinolent et fétide. L'ouverture du sinus maxillaire par l'alvéole de la dent manquante laisse écouler aussi un peu de pus. Lavages antiseptiques. Guérison très rapide et complète.

La succession des phénomènes est facile à suivre dans cette observation : périostite alvéolo-dentaire, abcès du sinus maxillaire, périostite des parois du sinus provoquant l'inflammation vive du tissu cellulaire de l'orbite et la suppuration des tissus de la région palpébro-jugale.

A ces observations je joindrai la suivante, qui n'est pas exempte

d'objections, je le reconnais, car si elle témoigne d'une relation absolue entre une affection dentaire et une iritis séreuse, elle ne démontre pas péremptoirement qu'il s'agisse réellement d'accidents infectieux, auxquels je crois pour ma part ; mais si je n'apporte pas ici une pièce à conviction, c'est qu'en pareille matière la preuve irréfutable est impossible à donner, puisqu'il faudrait d'une part examiner bactériologiquement le pus provenant de la lésion dentaire, ce qu'il eût été facile de faire, et, d'autre part, examiner de la même façon les liquides oculaires.

Mlle M..., 30 ans, se présente à ma consultation le 6 mars 1894. O., G., décoloration de l'iris, pupille plutôt petite et déformée ; quelques synéchies postérieures. La chambre antérieure est trouble. Descemétite. La membrane de Descemet présente un fin pointillé dans une région de forme triangulaire à sommet au niveau du centre pupillaire et à base vers la partie inférieure de la cornée. Corps vitré trouble, légèrement poussiéreux, à travers lequel on voit cependant bien le fond de l'œil, qui est normal. L'affection a évolué sans la moindre douleur, c'est l'iritis tranquille, le *quiet iritis* des Anglais. $V = 1/4$. O. D., V. = 1. Emmétropie, seconde prémolaire et première grosse molaire supérieures gauches cariées, anfractueuses et sanieuses. Le début des accidents remonte à douze jours et a coïncidé avec le déplombage spontané de l'une de ces dents. La malade est bien réglée. Un examen gynécologique fait par son médecin habituel a montré des organes génitaux intacts. Pas de vaginite, pas de métrite. Par conséquent, étant donné son âge et l'état normal des organes génitaux, il y avait lieu d'écarter comme cause de cette iritis la ménopause et une affection génitale quelconque. Pas de troubles cataméniaux. Etat général bon ; pas de troubles dystrophiques ; pas de scrofule, pas de rachitisme, pas de syphilis. Devant cette absence des causes habituelles de la kératite ponctuée, j'étais autorisé à incriminer les lésions dentaires ; aussi je n'hésitai pas à conseiller l'extraction des deux dents malades. Elle eut lieu le 17 mars. Jusqu'à cette époque le traitement a consisté en applications de compresses chaudes et instillations d'atropine avec ménagement et en veillant au tonus de l'œil, afin d'éviter des accidents glaucomateux.

Voici la note que, sur ma demande, me remit le dentiste de la malade : « Les racines de la deuxième prémolaire et de la première grosse molaire supérieures gauches étaient infectées jusqu'à l'apex. Elles ne présentaient pas de kystes radiculaires à leurs extrémités et l'infection ne paraissait pas avoir envahi le ligament alvéolo-dentaire, puisqu'il n'existait pas d'arthrite infectieuse. La seule chose à noter serait l'apparence rouge de ces racines qui semblerait faire croire à un début de fongosités. »

Le 18 mars, l'acuité visuelle remontait à 1/3, pour atteindre 2/3 difficilement, le 20 avril suivant. A deux reprises je cessai l'atropine, que je dus reprendre parce que de nouvelles synéchies se reformaient.

Le 10 mai, V. = 2/3. On voit nettement le fond de l'œil. Pas de plaques décolorées à la région équatoriale. Pupille normale.

Huit mois après, état stationnaire; le pointillé profond de la cornée persiste encore. Pas de synéchies.

Malgré les réserves faites dans la note sus-énoncée, je n'hésite pas à admettre qu'il s'est agi là d'une irido-choroïdite métastatique, légère, c'est vrai, mais qui s'est amendée aussitôt que le foyer infectieux a été détruit. L'acuité visuelle est demeurée un peu défectueuse (2/3), des amas exsudatifs restent encore déposés contre l'endothélium de la membrane de Descemet, témoignant d'un processus infectieux qui a évolué pendant un certain temps.

Et pour bien montrer combien sont nombreuses les voies qui unissent le rebord alvéolaire à la région orbitaire, multipliant ainsi les communications de l'un à l'autre et, par conséquent, rendant l'orbite de plus en plus accessible à l'infection, je rappelle ici le mémoire de M. Parinaud sur « *les suppurations de la paupière inférieure et de la région du sac lacrymal d'origine dentaire* ». (Arch. gén. de méd., juin 1880). M. Parinaud a parfaitement démontré que, chez les adultes et surtout chez les enfants de 5 à 6 ans, lorsque les dents temporaires commencent à s'altérer, des lésions dentaires, alors même qu'elles sont parfois bien peu apparentes, peuvent être le point de départ d'altérations osseuses ou périostales du rebord orbitaire inférieur; de fistules de la région du sac lacrymal, ce dernier pouvant lui-même être atteint consécutivement ; de fistules de la paupière inférieure et aussi de périostite du canal nasal. Déjà Abadie (*Journal d'opht.*, 1872) avait appelé l'attention sur cette périostite chronique qui peut se propager jusqu'au canal nasal. Galezowski également (*Rec. d'opht.*, 1873) cite une observation dans laquelle une tumeur lacrymale, avec nécrose des parois du canal nasal, était entretenue par une dent cariée. M. A. Terson (note manuscrite) a soigné en 1892 une femme atteinte d'un larmoiement simple, unilatéral, sans dacryocystite, que des sondages n'avaient pas du tout amélioré après 5 ou 6 séances. Il y avait un léger rétrécissement vers la partie inférieure du canal nasal. Avant de proposer l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale, M. A. Terson visita avec soin les dents de ce côté et découvrit que la canine était irrégulièrement placée en avant et au-dessus des deux dents voisines ; de plus, sa racine était déchaussée, remontait très haut. Cette dent fut extraite le jour suivant et la malade guérit entièrement de son larmoiement sans nouveau sondage et d'une façon définitive. En donnant cette dernière observation, qui établit une relation entre le larmoiement et une altération dentaire, je ne voudrais pas paraître fournir un argument aux partisans de la voie réflexe ; dans cette observation je retiens surtout le *fait clinique* qui apporte simplement sa part de contribution à la relation intime qui existe entre la canine et la région orbitaire et lacrymale. Quant à la nature de cette relation, à sa pathogénie, on pourra soutenir, mais sans preuve absolue, qu'il s'agit d'un simple phénomène réflexe dû à l'irritation du trijumeau, ce qu'à la rigueur j'accepterais encore, ainsi que je l'ai dit au début de ce travail, quoique ma défiance pour ce réflexe m'engage à faire remarquer que la racine de cette canine était

déchaussée, altération qui est loin d'être exclusive d'une périostite alvéolo-dentaire et par conséquent d'une infection. En outre, cette canine était placée en avant et au-dessus des deux voisines ; elle était donc en contact par son sommet avec la partie inférieure du canal nasal qu'elle pouvait ainsi rétrécir soit mécaniquement, soit par lésion inflammatoire, rétrécissement mécanique ou rétrécissement inflammatoire qui devait naturellement cesser par l'avulsion de la dent malade ou mal placée.

L'explication, la pathogénie des faits rapportés par M. Parinaud dérive d'une raison analomique que M. J. Lucas-Championnière avait soupçonnée, que MM. P. Reynier et Parinaud ont bien mise en évidence et qu'il est utile de rappeler. Le pus n'arrive pas à l'orbite en décollant le périoste ; il n'y a pas davantage de périostite ; le pus fuse dans l'os lui-même. On peut facilement constater à l'aide d'injections qu'il y a communication entre la fistule cutanée et l'orifice alvéolaire. Le pus accumulé au fond de l'alvéole peut le perforer et c'est alors la fistule ordinaire, mais il peut ne pas détruire les parois alvéolaires et alors se frayer un passage à travers les canalicules qui partent du sommet des alvéoles, des foramina, pour aboutir, les uns au trou sous-orbitaire ou à de petits orifices circonvoisins, les autres à un et quelquefois deux orifices assez considérables situés au-devant du sac lacrymal, sur la branche montante du maxillaire, au-devant de la gouttière lacrymale. Et c'est surtout avec l'alvéole de la canine que cette communication est évidente. Ces canalicules correspondent avec les fosses nasales au niveau de l'insertion du cornet inférieur et de l'orifice inférieur du canal nasal. Assez souvent on trouve sur la branche montante du maxillaire des orifices secondaires qui s'ouvrent directement dans les fosses nasales ou dans le sinus maxillaire, de telle sorte que le pus peut arriver dans la région orbitaire en passant dans le sinus ou en l'évitant. Quand on a affaire à des enfants on devra se rappeler, et M. Parinaud insiste sur ce point, que chez eux le sinus n'a pas les mêmes dimensions et n'affecte pas les mêmes rapports que chez l'adulte. Il est effacé en quelque sorte par le développement des alvéoles de première et de seconde dentition. Les rapports de ces alvéoles varient suivant l'âge du sujet; mais à un moment donné le fond de l'alvéole de seconde dentition peut remonter jusqu'au niveau du rebord orbitaire. Les deux alvéoles de première et de seconde dentition plus ou moins exactement superposées communiquent souvent entre eux, d'abord par un orifice qui donne passage à un cordon vasculo-nerveux, puis par la résorption de la cloison de séparation, de telle sorte qu'on peut observer un large canal alvéolaire qui remonte jusqu'à l'orbite. Cette disposition est surtout remarquable pour les alvéoles de la canine que le vulgaire a quelque raison d'appeler *dent de l'œil.*

Après cette revue rapide des accidents qui peuvent résulter des lésions infectieuses et notamment de l'ostéo-périostite et de la périostite alvéolo-dentaire, des considérations pronostiques s'imposent avec un caractère de gravité non douteux. Le foyer infectieux

peut rester localisé, c'est vrai; mais il peut aussi se diffuser par des voies différentes. Que les agents pathogènes suivent la voie veineuse ou lymphatique, ils vont progresser plus ou moins rapidement, suivant l'état général du malade (question de terrain), et gagner progressivement les sinus de la face. La base du crâne ellemême ne sera pas pour eux une barrière infranchissable, car nous avons vu qu'ils sauront trouver un passage par les veines du trou ovale et même à travers la voûte de l'orbite (obs. de Panas); et, aussitôt entrés dans la cavité cranienne, ils provoqueront des lésions cérébrales auxquelles le malade ne tardera pas à succomber.

Je n'ai pas assombri à dessein ce pronostic. La mort peut être la conséquence de pareilles lésions, et lorsque les malades y échappent, ce qui est encore fréquent heureusement, ils peuvent être tourmentés toute leur vie par des sinusites, des empyèmes qui résistent le plus souvent à tous les traitements et sont pour ces pauvres malades une perpétuelle menace pour l'avenir ; c'est l'étincelle qui peut déterminer l'incendie à chaque instant. Et je passe sous silence, afin de ne pas dépasser les limites que comporte cette étude, tous les accidents infectieux qui peuvent se développer à la suite de la propagation de germes pathogènes dans les voies aériennes et digestives. Il y a là tout un chapitre de pathologie que je tiens seulement à mentionner.

On conçoit qu'un pareil pronostic doive nous faire envisager les lésions des rebords alvéolaires comme devant être combattues aussitôt et aussi énergiquement qu'il est possible. Et ce serait rendre un immense service que de faire comprendre de quelle grande importance est l'hygiène de la bouche et avec quels soins aussi prompts qu'assidus doit être traitée toute lésion dentaire. C'est en propageant de pareilles idées qu'on fera la meilleure prophylaxie de ces affections graves que je viens d'étudier.

Cela dit, je formulerai les propositions suivantes, et c'est par là que je terminerai :

Les affections oculaires d'origine dentaire et sinusitique sont de nature infectieuse ; quelques faits semblent pourtant faire exception et sont dits de nature réflexe.

Les notions actuelles de pathologie générale nous engagent à n'accepter ces troubles oculaires réflexes qu'avec réserve ; je ne nie pas que quelques-uns ne puissent résister à l'examen et ne paraissent dépourvus des caractères propres et nécessaires pour être classés dans les troubles oculaires de nature infectieuse ; mais ce dernier groupe s'étendra de plus en plus au détriment du groupe, déjà passablement diminué, des accidents réflexes proprement dits, sans cependant devoir l'absorber totalement. Des troubles sécrétoires, vasculo-dilatateurs, vasculo-constricteurs peuvent certainement se produire ; la conception toute moderne de la physiologie nerveuse, je veux dire la théorie du neurône, autorise parfaitement à les accepter, les neurônes périphériques ou sensitifs pouvant transmettre à des neurônes centraux des impressions et des sensations capables de se traduire par une répercussion se manifestant par des

troubles de sécrétion ou de vascularité. Mais là s'arrête l'influence purement réflexe. Et c'est ici le point très délicat de la question, point qu'il importe de bien mettre en lumière : ce trouble réflexe, quel qu'il soit, va-t-il se passer, se comporter chez l'individu, comme une expérience de laboratoire simple, purement expérimentale, sans suite, sans conséquence plus ou moins éloignée, se développant, atteignant son summun, puis diminuant et disparaissant, laissant ensuite l'organe parfaitement normal, capable de reprendre ses fonctions comme auparavant et comme sans souvenir du passé ? C'est possible, dans certains cas ; mais si l'individu n'est pas parfaitement sain, s'il n'est pas exempt de toute diathèse, de toute infection, de toute tare, de toute septicémie, que les microbes soient localisés ou répandus dans l'organisme, ou que, s'ils sont localisés, leurs toxines ou les ptomaïnes soient seules diffusées dans le sang ou la lymphe, alors le phénomène réflexe, *analogue au traumatisme*, en tant que *cause seconde*, va, par ses modifications de terrain, favoriser une évolution microbienne qui n'était pas *fatale sans lui*, mais qui va se reproduire à *cause de lui*. Cette évolution pourra ne pas se produire, c'est vrai : mais c'est qu'alors intervient heureusement une puissance phagocytaire qui empêche cette mise en branle, ce *primum movens*, d'avoir son plein et entier effet. Dans ces cas, phénomène réflexe et infection seraient termes connexes, mais non inséparables ; et dans d'autres cas, qu'on peut parfaitement supposer, le phénomène réflexe peut être le symptôme initial de l'infection et fonction inséparable de l'infection.

Telles sont les considérations que je crois pouvoir logiquement déduire de cette étude.

DES FOYERS INFECTIEUX RÉSIDUAUX POST-OPÉRATOIRES

Par M. Mendel-Joseph,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

A mesure que nous pénétrons plus avant dans l'étude des actes intimes, des réactions immédiates, mécaniques, physiques, chimiques, dynamiques, de nos processus morbides, la prépondérance du rôle que jouent les infiniment petits dans le conflit entre l'organisme et les influences nocives apparaît chaque jour plus évidente et plus précise. L'histoire de l'infection domine tous les chapitres de notre pathologie spéciale, si bien que lorsqu'un malade se présente dans notre cabinet pour nous demander quelque soin de bouche, il ne nous demande, en somme, que ceci : aider son organisme, et dans le cas spécial, son appareil digestif, dans l'un de ses organes les plus importants, à se défendre victorieusement contre les agressions incessantes de ses ennemis inéluctables, les microparasites.

Dans cette lutte de tous les instants — suite des réactions de la matière dans son besoin d'universelle transformation — qui est la fonction physiologique d'un organisme vivant, dans celle surtout où le conflit, devenu plus âpre, plus intense, réalise ce qu'on est convenu d'appeler « la maladie », le praticien, appelé à intervenir, distinguera, d'une manière générale, deux ordres de faits :

D'une part un organisme robuste, vigoureux, semble défier toutes les atteintes, il demeure indifférent au milieu de ses assaillants microscopiques, et lorsque, par accidents, il se trouve aux prises avec une infection puissante, il se défend avec une violence excessive, parfois funeste, le plus souvent salutaire. Il concentre toutes les ressources de son énergie vitale dans un effort suprême de victoire, et quand il réussit à triompher du mal, celui-ci est définitivement, totalement vaincu : il n'en reste nulle trace.

D'autre part, un organisme faible est une proie éternelle de l'élément parasitaire, il est à la fois leur habitat et leur terrain de culture, il se défend mollement, inégalement, par petites poussées, sans portée curative. Réduit à ses propres forces, il est impuissant à résister contre l'envahisseur, lequel, parfaitement acclimaté et prodigieusement multiplié, lui soustrait les éléments de combustion, d'énergie, de vie, l'empoisonne de ses sécrétions toxiques. Il réclame incessamment l'intervention d'une force extérieure, et il en a impérieusement besoin.

C'est avec ce dernier que le praticien aura le plus souvent affaire, c'est sur celui-ci qu'il devra porter toute sa sollicitude, toute sa clairvoyance, ses soins pressants, car c'est sur ce terrain qu'il verra évoluer l'infinie variété de complications secondaires auxquelles un jour l'organisme finira sans doute par succomber.

*
* *

Il n'est guère en médecine de sujet d'un intérêt plus profond, d'une portée pratique plus élevée que celui qui a trait à l'histoire des complications secondaires. Ces manifestations empruntent leur importance à la fois à la diversité des formes cliniques, à la complexité des désordres organiques ou fonctionnels, à la gravité des lésions. Mais ce qui domine, comme caractère général et saillant, c'est la nature, la constitution, le degré de résistance de l'organisme atteint.

Tout tend à se compliquer dans un organisme faible ou affaibli ; une lésion bénigne prend des allures inquiétantes, se fixe, se propage. A l'heure même où vous croyez le mal totalement vaincu, il se révèle par une manifestation nouvelle et imprévue.

Parfois, l'ensemble clinique se présente avec des caractères et sous des aspects tels que, pour arriver à l'accident initial, il est nécessaire de joindre à la connaissance parfaite du sujet la faculté d'observation pénétrante et ce don supérieur et indéfinissable qui demeure comme le privilège des grands cliniciens, et qui permet, d'un coup d'œil, d'embrasser les multiples aspects du problème et de

discerner dans le dédale inextricable les relations réciproques des causes et des effets.

Sans vouloir généraliser ni forcer les faits, on ne saurait contester qu'une simple carie du second degré, traitée inconsidérément, peut, dans des conditions que la clinique sait parfois réaliser, donner lieu à des accidents graves non seulement au seul point de vue de la conservation de la dent atteinte, mais au point de vue de la santé générale de l'économie.

Elles ne sont pas rares, dans nos revues professionnelles, les relations des faits où les organes importants topographiquement éloignés de l'appareil dentaire sont secondairement atteints, parfois profondément, à l'occasion et comme conséquence ultime d'une lésion bénigne et superficielle d'une dent. Bien plus nombreux sont les exemples de complications d'origine dentaire, dont le traitement, fondé sur une erreur de diagnostic, demeure stérile, malgré des efforts obstinés, et dont une simple opération dentaire a rapidement raison.

Evidemment les choses se passent lentement, comme tout ce qui est processus chronique. Entre le phénomène morbide primordial qui, dans notre cas, serait une carie superficielle, et l'accident ultime : désordres osseux, alvéolaires ou maxillaires, désordres nerveux, névrites périphériques, troubles de la sensibilité et de la motilité par action directe ou réflexe (névralgie, tic douloureux de la face (?), désordres éloignés par propagation du foyer infectieux à distance, enfin, dans des conditions de prédisposition particulière, développement d'une néoplasie fibreuse, sarcomateuse ou épithéliale, — entre ces deux phases extrêmes d'une même évolution morbide l'intervalle de temps et d'espace peut être considérable.

Ce qui est digne d'être noté dans les cas qui nous préoccupent, c'est que la progression du mal s'effectue souvent en silence, insidieusement, sans éveiller notablement l'attention du malade. Le mal ne devient apparent que lorsque les lésions ont atteint les organes importants que l'intervention thérapeutique ne saurait restituer intégralement. Et cela se conçoit sans peine, quand on pense que la sensibilité normale se trouve étroitement liée aux autres aptitudes réactionnelles de l'économie et que le degré d'intensité de la réaction sensitive dénote assez fidèlement le degré de résistance de l'organisme en général.

Il est d'observation courante que, chez les êtres à résistance amoindrie, abstraction faite des états d'hyperesthésie neurasthénique, le phénomène douleur est exceptionnellement suraigu ; au contraire, la douleur subaiguë ou obtuse est ici l'expression subjective dominante. Mais il n'est pas bien rare de voir la douleur faire totalement défaut lorsque le mal affecte la forme lentement progressive.

Voici une dame qui se plaint d'une petite incisive supérieure gauche. L'examen constate l'existence d'une légère poussée de périodontite, et, en fait de lésion apparente, une petite carie du second degré, assez superficielle, obturée depuis des années à l'aide du ciment.

Pour fixer le diagnostic je désobture la cavité et me trouve en face d'un tissu de dentine modifiée, assez molle, se laissant aisément entamer par la rugine, ne donnant pas de cris à l'excision et totalement dépourvue de sensibilité ; je conduis l'exploration plus avant et je découvre une chambre pulpaire vide ou ne renfermant que quelques vestiges de l'organe pulpaire nécrosé, en voie de décomposition. La pulpe morte s'est desséchée ou s'est trouvée réduite à quelque reste de masse caséeuse, et toute cette œuvre de profonde désagrégation s'est opérée sans que la personne en ait éprouvé la moindre douleur.

On peut accuser dans quelques cas semblables l'action chimique de la matière obturatrice ; on ne peut nier dans quelques autres l'intervention des bactéries, intervention sans doute en rapport avec les conditions des circonstances données. D'ailleurs, dans les deux cas, l'agent chimique, — d'origine biologique dans l'un, organique ou minérale dans l'autre, — demeure vraisemblablement le facteur essentiel.

Mais quel que soit le mode intime de ce travail de désagrégation, le fait de la destruction absolument indolore n'est-il pas caractéristique et suggestif ? Et s'il est vrai que la diffusion de l'agent actif s'accomplissait avec une extrême lenteur, envahissant les couches de tissu de plus en plus profondes, les insensibilisant, les stupéfiant avant de les frapper de mort, il n'en est pas moins clair que la résistance organique de la pulpe a été ici nulle, puisque cette dernière s'était laissé envahir sans la moindre tentative d'opposition.

Cette insuffisance du pouvoir défensif que nous observons à l'occasion d'une simple carie superficielle se retrouve ici à toutes les phases successives du mal progressant. C'est la condition *fondamentale* de complications secondaires.

*
* *

Je ne puis songer à envisager ici l'ensemble de la question des complications d'origine dentaire ; le développement que comporte un sujet aussi vaste ne pourrait être condensé dans une communication nécessairement restreinte. D'ailleurs, certains points du sujet, et non les moins importants, sont encore insuffisamment élucidés, et, pour les traiter avec profit, il nous faudrait des bases scientifiques que nous ne possédons pas encore.

Je me bornerai à attirer l'attention sur un des points les plus intéressants de ces complications, notamment sur « les foyers infectieux résiduaux post-opératoires ».

C'est Paget qui, le premier, en 1877, signala dans ses leçons de clinique chirurgicale l'existence de ces foyers [1]. Il donna le nom d'« abcès résiduaux » aux collections qui se forment dans les régions où sommeillent quelques vestiges d'inflammation éteinte. « Ils se dé-

1. Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*. Trad. de l'anglais par L.-H. Petit, page 395. — *Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, t. I, art. Abcès.

veloppent la plupart, dit-il, dans les points où le pus, produit longtemps auparavant, a été retenu en totalité ou en partie, est devenu sec, en d'autres termes a vieilli. D'autres naissent dans les épaississements, les adhérences, vestiges inflammatoires très antérieurs et lentement organisés. »

Etant donné les caractères spéciaux des tissus et des lésions sur lesquels porte notre intervention, il nous paraît logique d'élargir le cadre dans lequel Paget a voulu s'enfermer et de grouper sous la dénomination plus générale de « foyers résiduaux » tous les éléments infectieux restés inclus au sein des tissus dentaires et alvéolaires, une fois l'opération achevée.

C'est en effet à cet ordre de faits qu'il me paraît légitime de rattacher un nombre considérable de phénomènes morbides auxquels nous assistons journellement. C'est ici qu'il convient d'étudier et de mettre en évidence comment, après une obturation d'une simple carie du 2e degré, les éléments infectieux résiduaux déterminent, dans des circonstances diverses et par un mécanisme d'action variable, parfois concurremment avec l'influence physico-chimique de la matière obturatrice, ici une production de dentine plus dense, là la continuation lente de la carie avec des signes d'irritation pulpaire et, finalement, avec ceux de l'inflammation franche, là encore, une dégénérescence organique de la pulpe ou sa mortification totale.

C'est également à cette place qu'il convient de faire ressortir le rôle des foyers résiduaux consécutifs au traitement de la carie profonde, de montrer qu'à côté des complications alvéolaires dues à la propagation des micro-organismes mêmes, on doit admettre, malgré l'opposition de certains auteurs, celles qui résultent de la diffusion intra-alvéolaire des substances volatiles, produits d'élaboration de ces mêmes micro-organismes ; c'est à cette place qu'il convient de déterminer les différentes modalités des processus chroniques intra et extra-alvéolaires se produisant sous l'impulsion de ces foyers, de préciser, en un mot, les troubles à la fois fonctionnels et organiques qu'ils sont aptes à engendrer.

Ces simples indications suffisent à démontrer que, même réduit à ces nouvelles limites, le sujet est encore trop vaste pour la circonstance ; aussi ne veux-je parler que des foyers infectieux restés à demeure au sein des tissus après l'extraction des dents frappées de lésions suppuratives de la membrane alvéolo-dentaire.

Il me paraît nécessaire, afin d'éviter une confusion fâcheuse, de bien fixer l'objet qui me préoccupe.

Chacun de nous a vraisemblablement eu l'occasion d'observer des plaies suppurantes, à la suite des extractions dentaires. Presque toujours dans ces cas, heureusement rares depuis la pratique de l'antisepsie, la dent que l'on vient d'enlever est le siège d'une lésion suppurative profonde avec propagation du foyer infectieux au tissu osseux voisin. L'alvéole, le corps du maxillaire même, peuvent être ainsi plus ou moins envahis et entretenir une suppuration continue, parfois abondante. Ces faits, heureusement rares, constituent des

complications infectieuses banales, j'entends en ce qui concerne le mécanisme de leur évolution. Ils se distinguent essentiellement des cas qui font l'objet de cette note.

Ces derniers se caractérisent essentiellement : 1° par l'apparence de la guérison parfaite quelque temps après l'extraction ; 2° par l'apparition spontanée et soudaine de l'accident suppuratif aigu. Celui-ci peut surgir bien des mois après l'opération, alors qu'aucun symptôme très appréciable ne pouvait le faire supposer.

Au premier abord l'existence de ces faits peut paraître paradoxale, et je ne vous dissimule pas l'appréhension que j'éprouvai lorsque, pour la première fois, j'essayai de me rendre compte du phénomène. Mes observations cliniques personnelles, quoique suffisamment suggestives, ne permettaient cependant pas de porter un jugement définitif et je cherchai longtemps une opinion concordant avec la mienne. Aussi ma satisfaction fut grande lorsque je trouvai l'affirmation de Paget que je viens de citer.

*
* *

Les praticiens qui s'appliquent à faire du traitement conservateur ont pu constater certains faits intéressants, à savoir que les dents atteintes de carie profonde avec décomposition pulpaire conservent parfois, après leur traitement, une certaine sensibilité anormale à la percussion. Par moments, quelquefois à des époques régulières, particulièrement chez les femmes, cette sensibilité devient nettement douloureuse. La douleur, dont les caractères accusent une poussée de périodontite subaiguë, ne dure d'ordinaire que quelques jours, puis cesse, pour faire place à la sensibilité préexistante. Cette sensibilité même peut quelquefois disparaître complètement après une de ces crises régulières auxquelles les malades finissent par s'habituer et dont l'acuité, d'ailleurs, est très variable. Il arrive aussi que les dents ainsi traitées, n'ayant jusqu'alors manifesté aucun trouble appréciable, deviennent soudainement le siège d'une véritable phlegmasie aiguë de la membrane alvéolo-dentaire. Les choses peuvent même aller jusqu'à la formation d'une fluxion qui tantôt disparaît pour réapparaître à des intervalles variables ou réguliers, tantôt aboutit à la production d'une collection purulente, surtout lorsque l'intervention judicieuse et immédiate a fait défaut.

Ces faits me paraissent particulièrement significatifs; ils nous offrent dans une sorte de démonstration clinique des données édifiantes au point de vue biologique, données qui se déduisent comme une conséquence logique de l'analyse, à savoir :

1° Que les micro-organismes pathogènes réduits dans leur nombre et affaiblis dans leur virulence, grâce à notre traitement antiseptique, peuvent séjourner au milieu de nos tissus, côte à côte avec nos propres organes, sans donner lieu, et cela pendant longtemps, à un trouble subjectif ou objectif apparent ;

2° Que souvent ces micro-organismes, au lieu de disparaître sous l'influence des efforts défensifs complexes de l'organisme, tendent à réacquérir leur pouvoir pathogène ;

3° Que la recrudescence de leur énergie spécifique se traduit par des manifestations inflammatoires appréciables ;

4° Que cette recrudescence coïncide essentiellement avec les fluctuations dynamiques, dépressions transitoires ou perturbations physiologiques de l'économie ;

5° Que ces mêmes micro-organismes, après un temps variable peuvent parvenir à récupérer leurs propriétés pathogènes primitives, en se multipliant et en exaltant progressivement leur virulence, et devenir aptes à provoquer une phlegmasie franchement suppurative.

Bien qu'il soit difficile d'affirmer avec certitude quel est le mode de réaction élémentaire, de lutte corps à corps entre la cellule et le microbe, les enseignements de l'Institut Pasteur, de l'Ecole du professeur Bouchard et de son brillant élève Charrin nous autorisent à formuler les hypothèses qu'à la phase de suractivité exubérante, correspondant à la période aiguë du conflit, succède une phase d'épuisement et d'accalmie, et qu'alors, à côté de la cellule affaiblie, il y a une bactérie affaiblie ; que leur tolérance mutuelle augmente graduellement et qu'en certains points leur activité combative peut sommeiller au point de ne donner aucun signe de vie.

Dans des circonstances heureuses ce sommeil peut devenir définitif, de nouvelles formations viennent s'organiser au lieu et à la place du foyer préexistant. C'est le mode habituel de la guérison spontanée dans les maladies infectieuses, comme par exemple la tuberculose. C'est aussi ce que nous observons parfois *après* le traitement des caries dentaires compliquées. Les symptômes inquiétants surgissant spontanément et témoignant de l'existence d'un foyer résiduel post-opératoire, peuvent progressivement s'effacer sans laisser de trace.

Bien plus souvent ces symptômes, au lieu de s'amender et de disparaître, augmentent de fréquence et d'intensité : la guérison spontanée n'est plus alors à espérer et l'éclosion d'un abcès alvéolaire devient une conséquence inéluctable.

Or, ce que nous observons dans la région alvéolaire, à la suite d'un traitement incomplet de la carie profonde, peut également s'observer après une extraction dentaire, lorsque le traitement post-opératoire n'a pas été conduit avec une vigueur suffisante.

Supposons un cas de périodontite chronique. La dent malade est demeurée des années dans un alvéole infecté, entretenant une suppuration qui s'élimine par un petit conduit organisé d'une vieille fistule gingivo-alvéolaire. Lentement, insensiblement, l'infection gagne en étendue et en profondeur ; la situation devient de plus en plus intolérable ; des poussées de phlegmasie aiguë se succèdent à des intervalles très rapprochés, la tuméfaction tend à s'établir en permanence, et le patient, continuellement tourmenté, se résigne enfin à l'extraction.

Vous enlevez la dent, vous pratiquez des irrigations antiseptiques dans l'intérieur de l'alvéole, vous recommandez au malade de con-

tinuer les mêmes irrigations, vous prescrivez des lotions fréquentes avec des solutions antiseptiques, et, en agissant ainsi, vous avez fait un traitement suffisant dans un nombre de cas.

L'ablation de la cause primordiale du mal, le coup de fouet donné à la région et à l'économie par la violence de l'opération, l'institution d'un traitement antiseptique ultérieur vous dispensent d'une intervention opératoire plus profonde, et très souvent la guérison s'affirme par une cicatrisation normale et rapide du tissu.

Il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive, pour les constitutions à réaction organique faible, d'observer que la réparation s'opère péniblement et que la cicatrisation se prolonge des semaines. Finalement, tout semble rentrer dans l'ordre, les tissus semblent reprendre leur ton local et leur couleur locale ; on se croit autorisé à considérer la guérison comme définitive et complète, et il se peut en effet qu'aucune complication ne surgisse dans l'avenir.

Mais méfiez-vous ! Presque toujours des vestiges de phlegmasie éteinte demeurent ici dans la profondeur du tissu, et si, dans certains cas favorisés par des conditions heureuses, ces foyers résiduaux se trouvent à la longue transformés et absorbés, digérés, dirait le célèbre professeur de l'Institut Pasteur, dans certains autres les éléments infectieux qui les constituent récupèrent leur virulence primitive et manifestent leur présence par une évolution suppurative aiguë.

De tels accidents, lorsqu'ils surviennent longtemps après l'opération, déconcertent le clinicien et compliquent singulièrement le diagnostic différentiel. C'est même là, dans la difficulté que l'on éprouve à s'orienter et à préciser le diagnostic étiologique, que réside le fait dominant de mon sujet, et l'on ne saurait véritablement trop insister sur sa réelle importance.

Les deux observations qui vont suivre et qui sont reproduites avec une scrupuleuse exactitude démontrent combien il est facile dans ces cas de commettre une erreur de diagnostic.

1re *Observation.* — Un ami et confrère, actuellement en province, m'adressait, il y a environ 8 mois, une personne qu'il avait soignée durant les quelques années de son exercice à Paris.

C'était une jeune fille de 20 à 25 ans, délicate, maladive, profondément anémique, atteinte d'une céphalalgie intermittente très pénible. La constitution de son appareil dentaire était défectueuse et exigeait des soins persévérants et attentifs.

Lorsqu'il y a 2 ans mon ami quitta Paris, la personne confia ses soins de bouche à un praticien dont l'inspiration n'avait pas été toujours heureuse. La personne continuait à souffrir de ses dents, malgré les multiples visites qu'elle faisait au dentiste, et il en fut ainsi pendant environ 14 mois.

Brusquement une complication surgit sous forme d'une poussée fluxionnaire et d'un phlegmon gingival circonscrit. Cela fut décisif, et la malade, hésitante jusqu'alors, abandonna définitivement son dentiste.

Lorsqu'elle vint me trouver, les phénomènes aigus de l'accident

inflammatoire avaient presque complètement disparu, et j'ai pu examiner aisément l'état de sa bouche :

Dents gris-bleuâtre, longues, serrées, frappées de caries compliquées, presque toutes obturées à l'aide de ciment en train de se dissoudre. Les dents atteintes de carie profonde étaient toutes sensibles à la percussion. Les deux canines supérieures étaient remplacées par des dents à pivots. Mais voici le fait capital : à la mâchoire inférieure, entre la seconde prémolaire et la dent de douze ans du côté gauche, lieu de localisation de l'abcès alvéolaire sus mentionné, existait un espace libre, dû à l'absence de la première molaire, extraite il y a 2 ans et demi à la suite de complications suppuratives de la carie profonde.

L'opération fut laborieuse et, une fois qu'elle fut exécutée, la plaie tarda à se fermer. Enfin tout sembla rentrer dans l'ordre.

Les deux dents, limitant l'espace resté libre après l'extraction, portaient chacune une carie du deuxième degré obturée convenablement par mon ami, mais que le dernier dentiste jugea nécessaire de désobturer, parce que depuis quelque temps la patiente commençait à éprouver une douleur sourde à l'endroit de la dent extraite. Rien, en apparence, ne semblait justifier ce phénomène, sinon une faible augmentation de la sensibilité à la percussion des deux dents mentionnées, faisant croire à une atteinte de la membrane alvéolo-dentaire, atteinte dont il était malaisé d'expliquer la cause. Ce qui donnait de la vraisemblance à l'idée d'une périodontite, c'était un certain degré de congestion de la gencive circonvoisine et une douleur accusée, surtout à la pression de cette gencive.

Lorsque la fluxion et l'abcès alvéolaire survinrent, mon prédécesseur chercha à en rendre responsables les obturations intempestives; mais quel ne fut pas son étonnement lorsque, en désobturant les deux dents, il trouva les cavités parfaitement propres et la dentine normalement sensible. Il n'en demeura pas moins convaincu que la pulpe jouait dans ce cas un rôle initial prépondérant et en résolut la destruction. La malade s'y opposa, et c'est alors qu'elle vint me consulter.

En vérité, la résolution de mon confrère de détruire la pulpe fut une suggestion que rien ne légitimait. La cavité présentait une surface de dentine saine, très résistante, réagissant normalement aux influences des agents physico-chimiques; elle était peu profonde et ne pouvait atteindre l'organe central. Ce dernier ne manifestait aucun de ces symptômes auxquels nous reconnaissons un état morbide de la pulpe : point de ces paroxysmes spontanés, fugaces, qui indiquent un trouble initial; point de ces rages, de ces terribles accès nocturnes ou diurnes d'une inflammation franche en pleine évolution ; point de ces douleurs plus sourdes, gravatives, avec des exacerbations spontanées, le plus souvent provoquées, accompagnées d'irradiations à distance, qui constituent l'indice d'une dégénérescence organique de lapulpe.

La douleur que la malade accusait était nettement localisée au niveau de l'espace libre, à l'endroit précis où l'ancienne extraction eut lieu : elle devenait appréciable à la pression et l'on percevait alors au doigt un petit noyau d'induration qui soulevait quelque peu la gencive plus rouge en ce point.

L'existence de ce noyau d'induration et, à son niveau, de la douleur, l'état congestif de la gencive, la sensibilité douloureuse des deux dents voisines à la percussion, l'existence de la carie qui pouvait faire suspecter une lésion pulpaire, enfin, et en dernier lieu, l'évolution, en cet endroit, de l'abcès alvéolaire avec tout le cortège de manifestations aiguës qui le précèdent et qui le suivent, telles sont les diverses conditions dont l'association a vraisemblablement fait commettre une erreur de diagnostic.

En réalité tout l'ensemble des désordres énumérés dérivait d'une cause plus éloignée : c'était la conséquence des foyers infectieux, restés sur place après l'extraction de la dent malade, cause primordiale de l'infection.

En effet, cette dent était profondément atteinte. Il n'y avait pas seulement de la périodontite suppurée, de la périostite et de l'ostéite alvéolaire ; l'infection s'étendait au corps même du maxillaire. Dans ces conditions, l'extraction dentaire, bien que supprimant la cause prédominante et essentielle, n'en laissait pas moins dans la profondeur du tissu malade de nombreuses colonies de bactéries, dont cet organisme faible, maladif, livré à lui-même, ne pouvait triompher.

Ici l'extraction ne pouvait constituer tout l'objectif de l'opération ; c'était plutôt un moyen permettant d'atteindre les tissus plus profonds. Mais, pour des raisons que j'ignore, l'opérateur a négligé cette dernière partie, la plus importante, de son intervention ; aussi la cicatrisation, survenue bien tardivement, n'offrait-elle que l'apparence de la guérison. Profondément, dans les nombreuses vacuoles du tissu osseux des foyers infectieux résiduaux continuaient à résister ainsi, d'une vie précaire ou à l'état latent, et c'est 15 mois après l'opération qu'ils témoignaient de leur existence par une manifestation aiguë et suppurative.

Le traitement auquel j'ai eu recours consistait dans la pratique d'incisions larges et profondes de la gencive, dans le curetage vigoureux du tissu osseux, et dans l'injection à 2 reprises de 10 gouttes d'une solution aqueuse de chlorure de zinc à 2/50. Enfin, des irrigations fréquentes avaient été pratiquées par la malade avec une solution aqueuse de permanganate de potasse à 1/1000. Le traitement dura 1 mois et ses résultats semblaient justifier ma manière de voir.

2[me] *Observation*. — Il y a 18 mois environ, une dame vint me consulter au sujet d'un appareil prothétique dont elle avait besoin. Il fallait, pour l'exécution de l'appareil, extraire plusieurs racines, et, entre autres, celle de l'incisive supérieure gauche, qui depuis longtemps était une source d'ennuis continuels pour la malade. Cette racine avait été le point de départ d'un abcès alvéolaire chro-

nique dont la sécrétion abondante et intarissable emplissait la bouche d'un goût et d'une odeur fort désagréables.

Lorsque j'enlevai la racine, je fus surpris de la grande quantité de pus contenue dans la poche de l'abcès. C'était d'abord un liquide jaune, bien lié, fade ou même faiblement fétide; puis à la fin, il devint sanguinolent, probablement par suite de la pression, d'ailleurs très faible, que j'exerçai sur les parois pour vider la poche plus complètement. Après l'avoir vidée, je fis des irrigations antiseptiques légèrement tièdes à l'aide de permanganate de potasse (si je m'en souviens bien) en solution aqueuse, je prescrivis une lotion également antiseptique, et je recommandai à la malade de revenir le lendemain.

La dame manqua le rendez-vous convenu, et ne revint que 8 ou 10 jours plus tard. Elle affirmait s'être lavé fréquemment la bouche avec le liquide que je lui avais prescrit, et, en fait, la guérison paraissait s'achever de la plus heureuse façon.

Je pris une empreinte et je fis l'appareil en question.

8 mois plus tard la personne revint me trouver et voici ce que je pus constater :

Sur toute la moitié gauche de la voûte palatine, depuis l'endroit où la racine de l'incisive avait été extraite jusqu'à la deuxième molaire, la fibro-muqueuse était soulevée par une collection liquide, reconnaissable à la fluctuation caractéristique, et que l'exploration plus immédiate prouva être de nature purulente. C'était un abcès palato-alvéolaire où la portion occupant le palais prédominait. La région gingivale, peu tuméfiée, offrait sur un point un amincissement considérable, lieu par où le pus tendait à être évacué.

Je fis une incision en cet endroit et fis sortir une masse considérable de pus sanguinolent.

L'opération ne put évidemment s'arrêter là, et je fis part à la patiente de la nécessité d'une intervention plus profonde. Elle consulta son médecin le Dr B., qui lui conseilla de se rendre à l'Hôpital international. Mais je désirais faire l'opération moi-même et, pour la décider, j'offris de la lui faire gratuitement. La personne consentit.

Voici quelle a été ma façon de procéder :

Après avoir bien lavé l'intérieur de l'abcès avec de l'eau bouillie tiède, j'injectai 1 gr. de solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 0/00 ; je fis ensuite de larges incisions me permettant de pénétrer profondément dans les parties éloignées de la région malade. J'y introduisis une sorte de cuillère en acier aux bords aiguisés et je curetai franchement toutes les surfaces de la poche, tissu osseux et tissu muqueux.

Ceci fait, j'introduisis à l'aide d'un tampon de ouate dans l'intérieur de la poche une solution aqueuse de chlorure de zinc à 2 0/00, et, après l'y avoir laissée séjourner quelques minutes, je procédai à des lavages étendus d'eau bouillie tiède.

Enfin, je laissai à demeure un drain en caoutchouc, dans l'inté-

rieur duquel la malade devait faire des irrigations quotidiennes, et plusieurs fois par jour, à l'aide d'une seringue en caoutchouc. Le liquide antiseptique prescrit était le permanganate de potasse en solution aqueuse à 1/1000.

Le traitement dura environ 6 semaines. Je revis la malade il y a 2 mois; tout permettait de supposer que la guérison s'effectuait d'une façon normale.

LA CATAPHORÈSE ET SON EMPLOI POUR L'INSENSIBILISATION DE LA DENTINE ET DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. le Dr E. Grosheintz, de Bâle.

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

DÉFINITION ET NATURE DE LA CATAPHORÈSE.

Le mot *cataphorèse* vient du grec κατα-φορέω, porter en bas ou transporter avec soi ; il éveille en nous l'image d'un fleuve qui emporte quelque chose dans ses flots.

Le physicien comprend par cataphorèse cette propriété du courant électrique grâce à laquelle un liquide est transporté du pôle positif au pôle négatif, si l'on fait passer le courant électrique à travers un électrolyte contenu dans un corps poreux. Or, en faisant passer un courant continu à travers nos tissus, certains liquides peuvent être transportés par ce courant (en tant que force motrice) dans la direction du pôle positif — l'anode — au pôle négatif — la cathode : nous appelons ce phénomène cataphorèse. Au point de vue médical nous entendrons par cataphorèse ou *diffusion électro-médicamenteuse* l'introduction de médicaments dans le corps humain à travers la peau, la muqueuse ou la dentine au moyen du courant électrique. La cataphorèse est un processus mécanique et elle se distingue de l'électrolyse par l'absence de décomposition chimique ; cependant des phénomènes d'électrolyse peuvent l'accompagner.

HISTORIQUE.

La cataphorèse a été connue en France en 1833 par l'introduction de la teinture d'iode dans les tissus. Son étude a été maintes fois reprise et abandonnée ensuite par des savants et des médecins de différents pays, qui ne réussirent pas à lui assurer une place dans la pratique. Pour l'anesthésie notamment elle fut pratiquée en 1859 par le Dr B. W. Richardson, de Londres, qui employait comme médicament le chloroforme et la teinture d'aconit. Il y a quelques années, les Américains — à leur tête Edison et les docteurs Peterson et Morton — arrivèrent à des résultats pratiques positifs. Le Dr W. J. Morton, professeur d'électrothérapie à New-York, fils du célèbre dentiste Morton auquel on a attribué la découverte de l'anesthésie par l'éther, s'est aussi occupé de l'application

de la cataphorèse en dentisterie. Il a publié récemment sur ce sujet dans le *Dental Cosmos* divers articles que vous connaissez. C'est à Morton que nous devons la substitution de la solution de cocaïne par le mélange de gaïacol et de cocaïne.

J'ai commencé moi-même l'étude de la cataphorèse au printemps de 1895 et je l'ai appliquée pour la première fois dans ma clientèle le 20 mai 1895 avec des moyens d'abord primitifs. Je l'ai démontrée, le premier en Europe, le 11 mai 1896, au Congrès de la Société odontologique suisse siégeant à Bâle. Certains journaux américains ont attribué au Dr W. Gilett, de New Port, la première application cataphorétique pour obtenir l'anesthésie de la dentine. Sur ce sujet Gilett fit une communication à l'*American Dental Association* le 8 août 1895, communication qui n'a paru dans le *Dental Cosmos* qu'en février 1896.

Dans le numéro de septembre 1896 du *Dental Cosmos* le Dr Mc. Graw, de San José (Californie), revendique pour lui l'honneur d'avoir le premier appliqué l'anesthésie cataphorétique à la dentine. Comme médicament il employait une solution de cocaïne à 6 0/0 dans de l'alcool. Sa communication sur ce sujet fut faite devant la *Minnesota State Dental Society* en 1888 ; en février 1889 elle fut relue au *Chicago Dental Club* et publiée dans la *Dental Review.*

APPAREILS.

Passons maintenant en revue les moyens et instruments nécessaires à notre but. Je dirai d'abord que mes appareils [1] sont bien différents des appareils américains et que ma technique opératoire diffère également dans certains détails de celle des Américains ; mais les résultats sont les mêmes et prouvent que l'anesthésie cataphorétique de la dentine n'est pas seulement une chose possible, mais que dès à présent c'est une chose pratique.

Nous ne pouvons employer que le courant continu ; celui-ci peut être fourni par le courant de la ville, un accumulateur ou une batterie. La force électromotrice de l'accumulateur dont je me suis servi avant-hier pour ma démonstration est de 30 volts ; celle du courant de la ville de Paris (Secteur de Clichy) est de 110 volts. Vu la sensibilité extrême de la dentine pour le courant électrique, il est nécessaire de commencer l'opération avec une intensité de courant extrêmement faible ; pour cela il faut des régulateurs spéciaux. Nous recevons notre courant d'un conducteur traversé par le courant, de sorte que nous pouvons varier la différence potentielle sans varier l'intensité du courant. Avec notre régulateur nous pouvons prendre 1/50 de la différence potentielle maxima. Si nous relions cet appareil avec le régulateur fixé sur la planchette, nous pouvons commencer avec un voltage de $1:100 \times 1:50 = \frac{1}{5000}$ de volt ; ce courant si bas ne peut être ressenti par la dentine la plus

1. Ces appareils ont été construits par la maison Klingelfuss, de Bâle (Suisse).

sensible. Pour s'assurer si le courant circule et pour savoir en quelle quantité il circule, il est nécessaire d'avoir un instrument capable de mesurer des courants très faibles ; nous nous servons pour cela d'un milliampèremètre. Nous avons deux électrodes : le pôle négatif ou cathode en forme de tuyau métallique, que nous plaçons dans la main du patient, et le pôle positif ou anode en forme de fil en platine, terminé en petite boule, que nous plaçons dans la cavité de la dent.

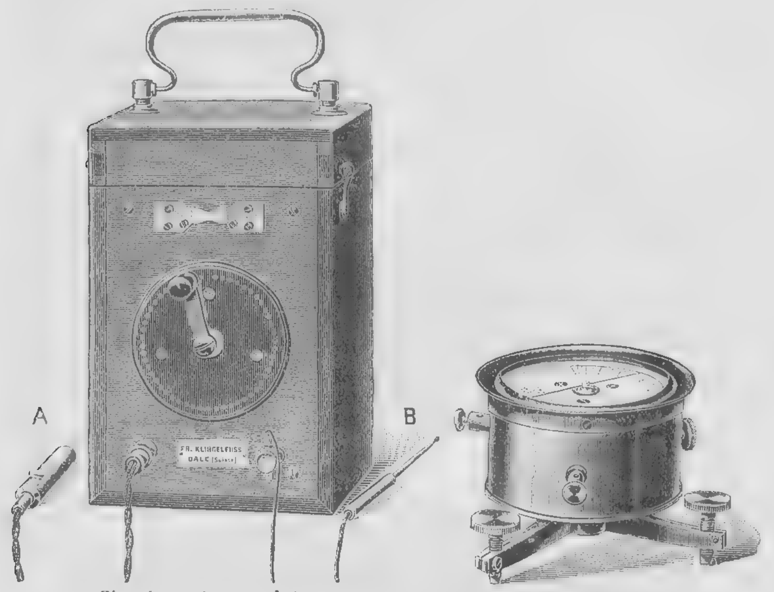


Fig. 1. — Accumulateur. Fig. 2. — Milliampèremètre.

Cependant l'anode ne doit pas toucher directement la dentine, mais doit être placée au contact d'une petite peau de chamois imbibée de la solution anesthésique et assez grande pour remplir la cavité de la dent. Je conserve ces peaux de chamois découpées d'avance en petites rondelles de différentes grandeurs dans de l'eau salée pour les rendre bien conductrices et je les exprime avant de m'en servir. La solution médicamenteuse que j'emploie maintenant presque exclusivement pour anesthésier la dentine et la pulpe est la suivante :

Cocaïne muriatique.............. 1 gramme
Gaïacol......................... 5 grammes

M. Ezard, d'Edimbourg, conseille d'y ajouter de l'essence de rose ou de l'héliotropine pour masquer l'odeur du gaïacol.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Voici comment je procède pour anesthésier une cavité sensible.

Après avoir enlevé autant qu'il est possible l'émail qui surplombe la cavité, je lave celle-ci avec de l'eau à 38° doucement injectée, j'applique la digue, je dessèche la cavité et je la lave à l'alcool absolu tiède. L'alcool dissout les graisses qui opposent une résistance notable au courant et il dessèche la dentine, facilitant ainsi l'absorption du médicament. Je place alors le pôle négatif dans la main du patient. La petite peau de chamois imbibée de la solution est introduite dans la cavité qu'elle remplit et sur cette peau j'applique l'électrode positif. Alors, au moyen du régulateur, j'augmente insensiblement le courant jusqu'à ce que, au moyen d'un signe convenu à l'avance, mon patient me fasse savoir qu'il sent le courant. Cette sensation désagréable du courant cesse presque aussitôt ou après quelques secondes, au bout desquelles je continue à augmenter le courant, m'arrêtant quelques instants dès que celui-ci se fait sentir trop fort. De temps en temps je renouvelle la solution au moyen d'un compte-gouttes. Après 8 à 15 minutes, suivant le cas, j'ai atteint 1/2 à 2 milliampères et je puis opérer. Généralement l'anesthésie est complète, mais elle ne va qu'à une certaine profondeur, d'ailleurs très variable. Si nous rencontrons encore du tissu sensible, nous faisons une seconde application de quelques minutes. Ce qui est certain, c'est qu'avec du temps et de la patience nous pouvons arriver à rendre la pulpe aussi insensible qu'un morceau de bois. L'anesthésie de la pulpe prend bien plus de temps que celle de la dentine et demande très souvent 20 à 45 minutes. Les grandes variations subites dans l'intensité du courant font éprouver de la douleur. C'est pour cela qu'il faut commencer avec un courant très faible, l'augmenter insensiblement et ne jamais l'interrompre subitement, mais graduellement en allant en arrière, ce qui peut se faire en 3 à 5 secondes. La durée de l'anesthésie est en proportion de sa profondeur, mais toujours suffisamment longue pour la pratique courante. Jamais je n'ai observé de suites fâcheuses, d'accidents locaux ni de troubles généraux. La dentine et la pulpe ne sont anesthésiées que passagèrement.

CAUSES D'INSUCCÈS.

L'opération, quand elle est bien conduite, donne un plein succès. Les causes d'insuccès sont pourtant nombreuses, mais presque toujours évitables. D'abord assurez-vous toujours que le courant circule et que c'est bien le pôle positif qui est dans la cavité. Rappelez-vous ensuite que le courant suit toujours le chemin le plus facile et le plus court. Vous voyez dès lors combien il est important de placer la cavité de la dent à traiter dans les meilleures conditions de conductibilité possibles. Pour cela il faut la débarrasser de tous débris, la dessécher et la laver à l'alcool, puis il faut que les conditions de conductibilité soient mauvaises tout autour de la dent, il faut donc que tout soit sec autour de celle-ci, qu'il n'y ait ni salive ni surplus de médicament, que les obturations métalliques avoisinantes soient recouvertes de vernis ou de chloro-percha et que le clamp qui sert à supporter la digue ne puisse pas non plus conduire le courant.

Si vous touchez la dentine directement avec l'électrode métallique, vous obtiendrez une anesthésie parfaite précisément à cet endroit, mais le reste de la cavité peut demeurer sensible. Veillez aussi à ce que votre patient ne cesse pas de bien tenir l'électrode négative. Si l'épiderme de sa main est dur, sec ou gras, vous ferez bien de lui faire tremper les mains dans de l'eau salée.

AUTRES APPLICATIONS.

Je viens de vous parler d'une seule application de la cataphorèse : l'anesthésie de la dentine et de la pulpe ; mais elle est susceptible de bien d'autres applications en dentisterie et le champ est vaste pour les investigations nouvelles.

Je me bornerai à énumérer les applications suivantes : 1° le blanchiment des dents ; 2° la désinfection des canaux radiculaires ; 3° le traitement de la périostite alvéolo-dentaire ; 4° le traitement de la pyorrhée alvéolaire ; 5° l'extirpation de tumeurs ; 6° l'implantation ; 7° l'extraction. Je crois pouvoir affirmer que la cataphorèse est appelée à rendre de grands services à la médecine et à la chirurgie.

A ce propos je vous dirai en passant qu'au Congrès de Bâle, le 11 mai 1896, j'ai anesthésié après une seule application de 8 minutes à peu près 15 centimètres carrés de l'épiderme de l'avant-bras d'un de mes confrères et qu'une épingle introduite à plusieurs reprises jusqu'à une profondeur de 1 1/2 cm. prouvait que l'anesthésie était complète.

CAS CLINIQUES.

Je me permets encore de rappeler brièvement les deux cas de ma démonstration du 11 octobre.

I. — Carie du 2ᵉ degré sur la face mésiale d'une prémolaire supérieure. Deux applications de 10 minutes. Après chacune nous constatons l'anesthésie d'une couche de dentine d'une profondeur d'environ un millimètre.

II. — Carie du 3ᵉ degré sur la face mésiale d'une molaire supérieure. Pulpe recouverte d'une mince couche de dentine cariée. Sonde et alcool provoquent des douleurs. Après une seule application de 10 minutes, au bout desquelles nous avons atteint un courant de deux milliampères, j'extirpe la pulpe au moyen d'une fraise sans provoquer de douleurs. Le sondage des canaux ne donne de la sensibilité que dans leur tiers supérieur.

Je termine en vous remerciant de l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à venir vous dire ce que je sais sur le sujet que je viens de traiter. L'excellent accueil que vous m'avez réservé est pour moi une haute récompense. Je vous invite tous à me suivre dans le petit sentier peu battu que je vous montre, pour que nous en fassions une belle et large route sur laquelle beaucoup puissent marcher.

NOUVELLE SERINGUE POUR CHIRURGIENS-DENTISTES

Par M. Legret,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai l'honneur de vous présenter deux seringues, qui sont des merveilles de simplicité, tant pour le nombre des parties qui entrent dans leur composition que pour la facilité avec laquelle on peut les rendre aseptiques. C'est M. Lüer qui en est l'inventeur breveté.

L'une sert aux injections hypodermiques, l'autre aux injections des cavités et des canaux dentaires.

Je remercie mon ami Rollin, auquel je dois de les connaître, et c'est sur l'insistance de notre aimable directeur que je les soumets à notre Société, afin que vous puissiez les juger.

Elles ne sont pas absolument nouvelles, comme l'indique l'ordre du jour de notre réunion et comme nous pourrions le croire, puisque, déjà en novembre 1894, le Dr Malassez, à la séance de la Société de biologie, a constaté qu'elles pouvaient résister à une température de 1250 degrés.

L'année dernière le *Journal de Médecine* de Paris en a fait mention.

Enfin un article de notre collègue Rollin, tiré du journal ci-dessus, a paru dans le *Monde dentaire* du mois de février de cette année et, si je n'en ai pas eu connaissance à cette époque, c'est que précisément je n'ai pas reçu ce journal de février à juin.

Je viens de vous dire que ces seringues sont une merveille de simplicité. En effet, elles sont formées de deux cylindres en cristal entrant l'un dans l'autre à la manière d'une longue-vue, un cylindre à entrée large et évasée et à sortie en pointe effilée sert de corps de la seringue, et un autre cylindre fermé à ses deux extrémités forme le piston.

Le seul reproche que je puisse adresser à ces seringues, c'est leur fragilité, tant au point de vue de la matière qui sert à les fabriquer qu'au point de vue des changements brusques de température.

Cependant je les emploie depuis six semaines et il ne m'est pas encore arriver de les briser.

Je me sers du plus grand de ces modèles 4 à 5 fois par jour, ne soignant les 4e degrés qu'avec des injections d'alcool de 40 à 45° comme chaleur et comme degré d'alcool et pour chaque cas de 5 à 6 injections par séance.

Quant aux avantages, ils sont nombreux :

1° Suppression de l'armature métallique ;

2° Suppression des pistons en peau, cuir, caoutchouc et amiante ;

3° Ces seringues sont toujours prêtes pour l'usage ;

4° Inutilité d'un corps gras quelconque pour faciliter le glissement ;

5° Facilité avec laquelle on peut obtenir la stérilisation.

Pour essayer le bon fonctionnement d'une seringue il y a deux moyens :

1° Celui qui est employé généralement consiste à obturer avec le doigt l'orifice de sortie, à tirer le piston et l'abandonner ensuite ; si

l'adhérence du piston est parfaite, il reviendra immédiatement de lui-même à son point de départ, sinon il restera en place ;

2° Le second consiste à tirer le piston au milieu du corps de la seringue, à obturer ensuite l'orifice de sortie et à presser sur le piston ; si la seringue fonctionne bien, vous ne pourrez pas pousser le piston.

Comme nous avons à essayer des seringues en cristal et par conséquent fragiles, nous emploierons le second moyen, car avec le premier nous aurions beaucoup de chances de produire une fente ou de briser nos seringues.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du mardi 24 novembre 1896.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

M. d'Argent, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. Hamonnet, d'Angers, concernant les convocations aux séances pratiques et demandant une modification du jour de la séance ordinaire de la Société.

M. Hugo Swaycarski. — Nos séances avaient toujours lieu autrefois le 1er mardi du mois, de sorte qu'on était fixé une fois pour toutes sur ces réunions, ce qui avait son avantage ; depuis quelque temps elles se tiennent à des dates irrégulières, tantôt le 2e et tantôt le 3e mardi du mois, ce qui est très regrettable.

M. d'Argent. — La réunion du soir dépend, certains mois, de la séance de démonstrations pratiques du matin, qu'elle doit suivre, et celle-ci, de son côté, des présentateurs eux-mêmes, que nous avons beaucoup de difficultés parfois à réunir à une date uniforme, de sorte que nous ne pouvons pas affirmer que notre réunion ordinaire aura toujours lieu le 1er mardi, lorsque nous aurons une séance pratique le dimanche précédent. Il n'en sera ainsi que dans les circonstances normales.

M. Hugo Swaycarski. — Nos séances du soir sont plus importes que celles du dimanche matin, de sorte que celles-ci devraient dépendre de celles-là et être fixées ou renvoyées suivant ces dernières.

M. le Dr Sauvez. — On pourrait, comme le demande M. Hamonnet, avoir la réunion du soir le samedi ou le lundi ; je propose donc de renvoyer sa lettre au bureau.

M. Prével. — Il est impossible d'avoir une réunion le samedi et encore moins le lundi. Nos séances du soir sont, en effet, suivies presque exclusivement par les dentistes de Paris, dont un grand

nombre demeurent aux environs, ou s'y rendent, dans tous les cas, le samedi soir, et on ne saurait guère songer à les mettre dans l'impossibilité de le faire. Je sais bien que parfois ceux de province se sont plaints de cette séance du mardi ; mais celle du dimanche me paraît encore plus impraticable pour nous.

M. Martinier. — La lettre de M. Hamonnet porte sur deux points : 1° l'envoi des convocations 8 jours à l'avance ; 2° le rapprochement de la séance du soir de celle du dimanche matin, autant qu'il sera possible.

On peut, sur le premier, donner satifaction à notre confrère, bien que souvent il y ait des modifications à apporter à l'ordre du jour, comme c'est le cas ce soir pour les présentations du Dr Telschow. Il est, par contre, de toute impossibilité de déférer à son désir en faisant venir, après midi, le dimanche, les dentistes qui consacrent leur temps à l'École.

M. Richard-Chauvin. — Ne pourrait-on pas faire dépendre les séances de démonstrations pratiques des réunions du soir, d'une part, et tenir ces dernières à date fixe, d'autre part ? De cette façon les membres de la Société sauraient toujours à quoi s'en tenir.

M. Martinier. — Nous avons deux natures de séances : celles du soir ou de communications théoriques et celles du matin ou de démonstrations pratiques ; or, celles-ci dépendent uniquement du nombre de démonstrateurs que nous avons. Néanmoins, nous ferons tout notre possible pour réaliser la proposition de M. Chauvin.

Je mets aux voix la proposition de M. Hamonnet tendant à changer le jour de notre réunion théorique, lorsqu'il y aura une séance le dimanche précédent.

Cette proposition, mise aux voix, est repoussée à l'unanimité.

I. — Rapport sur la séance du 22 novembre et échange d'idées au sujet des démonstrations qui y ont été faites par M. J. d'Argent.

M. d'Argent donne lecture d'un rapport sur ce sujet (Voir p. 735).

Discussion

M. Ronnet. — Le bureau m'a prévenu vendredi que je devais faire une démonstration dimanche ; M. Guillois m'a présenté un nouvel or en me priant de *l'essayer* : je lui ai promis de le faire, mais sans lui dire, bien entendu, que j'apporterais une méthode. J'ai traité cet or comme de l'or adhésif ; je lui ai reconnu quelques qualités : il ne s'effrite pas, il adhère bien sur tous les points des parois et des bords faibles ; mais c'est tout ce que je puis en dire et il ne saurait être question de vous indiquer une méthode d'emploi.

M. Martinier. — Le rapport de M. d'Argent, qui est le compte rendu des démonstrations pratiques faites dimanche, est destiné à être publié dans le journal ; c'est une innovation de cette année.

M. Ronnet. — Puisqu'il doit être publié, qu'il y soit bien dit que je ne prends aucune responsabilité touchant cet or.

M. Martinier. — Dans tous les cas vos restrictions figureront au procès-verbal de la séance.

Le rapport de M. d'Argent est mis aux voix et adopté.

II. — PRÉSENTATION DE NOUVEAUX INSTRUMENTS, PAR M. le Dr TELSCHOW.

M. Martinier. — M. le Dr Telschow, de Berlin, empêché de venir dimanche parmi nous, parce qu'il était retenu à Londres, veut bien nous faire ce soir la présentation de nouveaux instruments qu'il a imaginés. Je suis persuadé que tous les membres de la Société tiendront à honneur de lui céder leur tour de parole.

M. le Dr Telschow présente successivement un tour dentaire à pédale muni d'un dispositif très ingénieux (un corps de pompe) le rendant propre à actionner le maillet, à absorber la salive, à insuffler de l'air froid ou chaud et à activer l'action du chlorure d'éthyle en le pulvérisant ; un moteur à air avec maillet pneumatique ; un appareil pour transformer la pression de l'eau en pression d'air ; des dentiers d'aluminium, etc.

M. Martinier. — Je remercie M. le Dr Telschow, au nom de la Société, pour les présentations qu'il vient de nous faire. Je me plais à espérer qu'il voudra bien revenir parmi nous par la suite et je le prierai de nous adresser un compte rendu détaillé de ses expériences et une description de ses appareils, avec les clichés nécessaires, pour que nous puissions les publier dans notre journal.

M. Telschow s'offrant à faire la démonstration de ses nouvelles méthodes le dimanche 29 novembre, à 9 heures 1/2 du matin, il est décidé qu'une séance de démonstrations pratiques aura lieu à cette date.

III. — NOUVELLE SERINGUE STÉRILISABLE POUR CHIRURGIENS-DENTISTES, PAR M. LEGRET.

M. Legret donne une description de cet appareil (Voir *Travaux originaux*) et le présente à la Société.

IV. — COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE NANCY.

M. Martinier. — M. Choquet a déposé sur le bureau le compte rendu du Congrès de Nancy, publié en un volume. Je remercie, au nom de la Société, le bureau de ce Congrès et je le félicite de cette publication rapide de ses séances.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
J. D'ARGENT.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

SUR LA SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS DU DIMANCHE 22 NOVEMBRE 1896.

La séance de démonstrations qui s'est tenue dimanche, 22 courant, n'a pas réuni un nombre d'assistants aussi important qu'à l'or-

dinaire ; cela tient, nous a-t-on dit, à l'heure tardive de la distribution des lettres de convocation, notamment en ce qui concerne nos confrères de province. Nous tiendrons compte de cette remarque à l'avenir, et nous prendrons toutes mesures pour que chacun soit prévenu en temps opportun.

L'ordre du jour nous annonçait trois présentations et démonstrations. Disons tout de suite que, des trois, une seule a pu se faire, MM. Chauvin et Telschow s'étant excusés, le premier, parce que son intention, mal interprétée, n'était pas de nous faire une démonstration de son nouveau système de dent à pivot ; mais, simplement, de nous le présenter en séance ordinaire de la Société d'Odontologie, et je vous demande la permission de l'ajouter à votre ordre du jour de ce soir ; le second, étant retenu à Londres par des affaires urgentes Mais, en ce qui concerne M. le Dr Telschow, nous pouvons vous affirmer que ce n'est que partie remise à une date très prochaine, puisque les divers instruments et le matériel que notre éminent confrère allemand devait nous faire voir sont arrivés à l'Ecole.

Ces deux absences nous ont permis de concentrer toute notre attention sur la présentation, par M. Guillois, d'un nouvel or français « l'Odonto » préparé par M. Boutherin, de Serves-sur-Rhône, et sur un essai d'emploi de cet or par notre distingué collègue, M. Ronnet.

Il s'agit d'un or cristallisé chimiquement pur et non de chlorure d'or conservant toujours une action plus ou moins irritante pour la pulpe ; et nous avons assisté à l'aurification d'une incisive latérale supérieure, cariée à sa face distale et jusqu'au bord libre.

M. Ronnet nous a déclaré qu'on lui avait présenté l'or « Odonto » A L'ESSAI et qu'il n'avait d'autre intention que d'en faire un nouvel essai devant nous, n'ayant encore aurifié, avec cet or, que trois dents, y compris celle qu'il venait de reconstituer. Une chose l'avait frappé, c'est la cohésion de l'or, qui, contrairement aux produits similaires, ne s'émiette pas quand on le foule.

Il n'y a pas de méthode spéciale de condensation. M. Ronnet le condense avec tous les fouloirs de l'or mou et de l'or en éponge, et même avec le maillet automatique.

L'aurification a été exécutée en 20 minutes, ce qui est un temps court. L'or nous a paru très adhésif et si, à l'essai de résistance sur les bords de la cavité obturée, il a laissé pénétrer un excavateur, tandis que, sur sa masse centrale, il a résisté à l'attaque de l'instrument, on peut conclure que, comme pour l'or adhésif, dont on a tant cherché à abréger la durée d'application, les autres ors exigent une attention et des soins aussi grands que ce dernier, surtout dans les reconstitutions. M. Ronnet ajoute qu'avec un peu plus de pratique de cet or qu'il n'en a, ce léger défaut eût été facilement évité.

M. Ronnet se déclare satisfait de cet or ; mais il ne nous en dit pas davantage, et nous le regrettons. Aussi, espérons-nous pouvoir

bientôt compléter nos renseignements, lors d'une prochaine démonstration, si notre habile confrère veut bien s'en charger.

Le secrétaire général,
J. d'Argent.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU DIMANCHE 29 NOVEMBRE 1896.

Une séance de démonstrations pratiques a eu lieu le dimanche 29 novembre, à l'Ecole dentaire de Paris, pour permettre à M. le Dr Telschow, de Berlin, venu exprès à Paris, de présenter ses nouveaux appareils, ses nouvelles inventions, ses derniers perfectionnements et notamment un ciment à l'acide fluorhydrique qui paraît être appelé à un grand avenir.

En lançant cette nouvelle composition dans la circulation, M. le Dr Telschow a bien voulu promettre généreusement que les premiers 1.000 francs qu'elle produirait seraient versés à la souscription en faveur de la veuve et des enfants de Paul Dubois.

En remerciant dès à présent notre distingué confrère de cette promesse, nous rappellerons que M. Telschow n'a jamais manqué depuis 15 ans de tenir l'Ecole dentaire de Paris au courant de ses très nombreuses et très intéressantes recherches, Il a droit, à cet égard, à toute notre gratitude.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les démonstrations de M. le Dr Telschow ont été suivies avec beaucoup d'intérêt et que l'ingéniosité de ses inventions a vivement frappé tous les membres de la Société présents. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

DEUXIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

SESSION DE NANCY.

LES AFFECTIONS DENTAIRES DANS QUELQUES MALADIES DES MACHOIRES (OSTÉITE, NÉCROSE PHOSPHORÉE, CANCER).

Par M. Michaels.

Quelques problèmes d'ordre pathologique des affections dentaires qui intéressent les esprits réfléchis et qui forment d'intéressants sujets d'études excitent depuis de nombreuses années la curiosité de tous nos savants confrères. Tels sont :

1° L'érosion des dents, d'ordre clinique.

2° La pyorrhée alvéolo-dentaire.

3° L'ostéolyse radiculaire (cémentolyse).
4° L'exostose ou mieux la cémentose.

Ces questions offrent un vaste champ d'investigation. Toute altération pathologique est en corrélation et en concomitance avec les manifestations diathésiques de l'hyper-acidité ou de l'hypo-acidité plasmatique, avec l'hyper-fonction ou l'hypo-fonction d'activité glandulaire, d'où dépend l'altération des tissus organiques, et enfin la dyscrasie humorale.

L'analyse et la chimie biologique des sécrétions nous donnent une marche plus scientifique pour la solution de ces problèmes, qui ont tant agité nos savants chercheurs. Puisse ma communication faire naître dans l'esprit de quelques-uns de mes confrères l'idée de suivre et perfectionner ces études.

Aujourd'hui nous nous contenterons donc d'appeler votre attention sur quelques maladies des dents que nous avons observées chez des opérés qui ont subi des interventions chirurgicales pour diverses affections des maxillaires. Nous en choisirons trois types principaux qui serviront à vous faire connaître les résultats qui nous ont paru les plus dignes de vous intéresser. Nous terminerons par certaines maladies diathésiques des dents qui sont d'ordre médical (arthritisme, diabète, etc...).

Ces trois principaux types sont : 1° les inflammations spontanées (ostéite) ; 2° les inflammations de cause toxique (nécrose phosphorée) ; 3° les affections cancéreuses des maxillaires.

Cependant, avant d'entrer dans les détails anatomo-pathologiques des lésions du système dentaire que nous allons faire passer sous vos yeux, permettez-moi de vous rappeler brièvement l'anatomie normale du tissu médullaire de la portion alvéolaire des maxillaires et des dents elles-mêmes.

A l'état normal, les aréoles du tissu spongieux des maxillaires contiennent une substance de nature spéciale composée de matière chondrigène et de substances inorganiques. Son tissu est constitué de la façon suivante : une trame conjonctive excessivement délicate, dans les interstices de laquelle sont placés un grand nombre d'éléments cellulaires de divers ordres. Ce sont : des cellules conjonctives plus ou moins chargées de graisse, des cellules semblables aux cellules lymphatiques, vraies cellules lymphatiques pour quelques auteurs (Ranvier), assimilables aux médullocelles de Robin ; des cellules à noyaux bourgeonnants décrites par Bizzoréro ; enfin, des cellules à noyaux multiples, myéloplaxes de Robin.

De ces différents éléments cellulaires que nous venons de citer, il en est deux qui nous intéressent tout particulièrement au point de vue pathogénique des altérations dentaires que nous allons étudier. Ce sont les médullocelles et les myéloplaxes. Nous en dirons quelques mots au point de vue anatomique et physiologique.

Pour Robin, les médullocelles sont constituées par des cellules lymphatiques qu'on peut trouver dans la moelle. On pourrait les

distinguer de ces dernières en ce que le noyau des médullocelles occupe presque toujours la totalité du corps cellulaire, en ce que ces éléments sont insolubles dans l'acide acétique, en ce qu'ils sont enfin d'une coloration rougeâtre et ne présentent pas de mouvements amiboïdes ; de plus, ils se comporteraient d'une façon tout autre que les leucocytes avec le carmin.

Cependant, d'après les recherches de Ranvier, de Bizzoréro et de Morat [1], on doit admettre que les médullocelles ne sont autre chose que des cellules lymphatiques. En effet, lorsqu'on les étudie vivantes dans la moelle fraîche, leur noyau n'est pas apparent ; mais à l'état de mort ou sous l'influence des réactifs, ce dernier devient apparent comme dans les leucocytes.

Leurs dimensions sont très variables, elles contiennent la plupart du temps des granulations brunes qui paraissent être des résidus d'hémoglobine.

On peut constater dans ces éléments cellulaires la présence de mouvements amiboïdes, malgré l'opinion contraire de Robin. Il suffit de dissocier de la moelle osseuse fraîche dans de l'humeur aqueuse. Si l'on a pris cette moelle chez des animaux à sang froid, on voit manifestement les médullocelles changer de forme à la température ordinaire. Pour constater la réalité de ces mouvements dans la moelle des animaux à sang chaud, il suffit de porter la préparation à une température de 30° à 40°.

A l'inverse des myéloplaxes que nous allons décrire, les médullocelles ne donnent pas lieu à des tumeurs spéciales.

Les cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes ont été décrites pour la première fois par Robin. Elles sont formées par des masses parfois très considérables de protoplasma dans lequel sont situés des noyaux plus ou moins nombreux. On les désigne encore sous le nom de plaques à noyaux multiples ou de cellules-mères de la moelle des os. Ces éléments sont beaucoup plus rares que les précédents. On les trouve non seulement dans la moelle normale, mais encore dans certaines tumeurs des os désignées sous le nom de tumeurs à myéloplaxes ou myéloplaxomes types.

Leur forme est polyédrique, irrégulière. Elles sont très volumineuses et possèdent de 30 à 100 μ dans leur plus grand diamètre. Le nombre des noyaux placés dans tous les plans de la cellule est excessivement variable, il peut s'élever quelquefois jusqu'à 40. Ces noyaux peuvent être réunis au centre et la cellule prend alors une forme sphérique, ce qui la rapproche, comme forme, des cellules à noyaux bourgeonnants. Par l'emploi du picro-carminate d'ammoniaque, les noyaux ressortent en rouge sur le protoplasma cellulaire coloré en jaune citron. Les noyaux possèdent des nucléoles irréguliers qui sont simples, doubles, multiples ou en bissac.

Les myéloplaxes se trouvent, surtout dans le jeune âge, appliquées contre la substance osseuse. Chez l'enfant on doit les rechercher dans les parties spongieuses qui avoisinent les cartilages.

---

1. Morat, *Thèse de Paris*, 1873.

Ces éléments cellulaires sont privés de mouvements amiboïdes ; ils peuvent, comme les médullocelles, contenir des granulations brunes.

On doit se demander s'il existe quelques relations entre ces différents éléments cellulaires dont nous venons de donner la description. On est encore réduit à des hypothèses à ce sujet.

Les médullocelles dérivent-elles des cellules à noyaux bourgeonnants décrits par Bizzoréro, comme semble l'indiquer l'aspect général du noyau de ces derniers éléments ? Ces cellules à noyaux bourgeonnants sont-elles, d'autre part, des dérivés de myéloplaxes ou des myéloplaxes en formation ? La question n'est pas encore tranchée.

Quant aux myéloplaxes, quelques auteurs, Malassez [1] entre autres, ont émis l'idée qu'elles n'étaient autre chose que des cellules vasoformatives dont le but n'aurait pas été atteint. D'autres auteurs, tels que Kölliker, ont attribué aux myéloplaxes la propriété de corroder la substance osseuse et leur ont donné le nom d'*ostéoclastes*.

Beaunis [2] considère les myéloplaxes qu'il a trouvées aussi dans les cartilages en voie d'ossification, comme de véritables cellules vasoformatives ; pour lui, elles semblent être aussi le siège d'une formation endogène de globules sanguins. Plusieurs histologistes, au contraire, considèrent les granulations brunes que contiennent très souvent les médullocelles et les myéloplaxes comme des résidus d'hémoglobine et pensent qu'un certain nombre de globules rouges se détruisent dans la moelle osseuse.

Parmi les médullocelles, il en est de colorées en rouge ; on les trouve sortout dans la moelle rouge. Leur diamètre est un peu plus petit que celui des médullocelles ordinaires.

Neumann, qui les découvrit, admit que ces éléments étaient des intermédiaires entre les cellules lymphatiques et les globules rouges. Depuis lors, la majorité des auteurs pense que ces éléments sont destinés, en effet, à former des globules rouges ; aussi leur a-t-on donné le nom d'*érythroblaztes*. Malassez et Renaut les désignent sous le nom de *cellules globuligènes ou hémoglobiques*.

Il nous a paru indispensable d'entrer dans ces détails anatomiques, pour vous faire comprendre maintenant le rôle que peuvent jouer les éléments cellulaires de la moelle que nous avons précédemment décrits, quand les conditions anatomiques normales des dents viennent à changer pour cause de maladie. Vous verrez dans un instant que ces éléments cellulaires produisent des lésions dentaires d'un genre tout différent, suivant les trois types des maladies des maxillaires que nous allons passer en revue.

Leur importance se manifeste également dans certaines affections diathésiques d'ordre purement médical.

Mais nous devons tout d'abord nous demander combien les mé-

---

1. Malassez, *Société de Biologie*, 1877.
2. H. Beaunis, *Eléments de physiologie*, 3e édit., Paris, 1888, t. I, p. 408.

dullocelles et les myéloplaxes peuvent venir en contact avec les dents contenues dans une cavité alvéolaire complètement close, dont les parois apparaissent comme infranchissables grâce à un revêtement périostique résistant ; ensuite s'il existe des conditions particulières et spéciales qui permettent à ces éléments cellulaires de jouer un rôle pathologique dès qu'ils viennent à se trouver en contact direct avec la dent.

Une porte d'entrée pour les cellules n'est évidemment possible qu'autant que le périoste alvéolo-dentaire, d'abord décollé, se trouve ensuite détruit sur une plus ou moins grande étendue. Cette destruction reconnaît pour cause habituelle un état inflammatoire du périoste, ou de dégénérescence graisseuse, et, chose singulière, les faits cliniques démontrent qu'il a, quelle que soit la cause de cette inflammation, une tendance toute spéciale à se terminer par suppuration, consécutivement sans doute à l'entrée traumatique de micro-organismes pathogènes.

Or, comme le tissu osseux alvéolaire sous-périostique est criblé de trous qui n'étaient bouchés que par le revêtement du périoste lui-même, dès que le dernier est détruit, les éléments normaux du tissu médullaire sous-jacent, les médullocelles et les myéloplaxes, se trouvent par prolifération et destruction de la substance osseuse du diploé de proche en proche en contact direct avec les racines des dents.

Or, ces éléments semblent être doués d'une activité réellement incroyable, qui se manifeste plus ou moins nettement suivant la cause de la maladie agissante. En effet, à l'état normal, le tissu médullaire et le périoste des dents, des alvéoles, et le bulbe dentaire sont parcourus par des vaisseaux dont le sang présente une constitution chimique qui mériterait d'être mieux connue. Ce sang, de fait, fournit les matériaux d'imbibition qui sont indispensables pour entretenir le bon état des organes.

Il semble démontré que, selon les cas, le courant sanguin, à ce niveau, contient en dissolution divers principes acides organiques et inorganiques (acide lactique, paralactique, urique, sulfocyanhydrique, etc.) dans des proportions variables. Dans ces conditions, les éléments cellulaires en question, qui ont une affinité spéciale pour les acides en général, s'imbibent et se saturent de ces principes acides quels qu'ils soient, et par ce fait même deviennent nuisibles à l'organisme.

En effet, saturés d'un acide organique, ils acquièrent le pouvoir de dissoudre les sels de chaux osseux ; si donc leur contact avec les dents se prolonge, ils ne tardent pas à attaquer le cément d'abord, la dentine ensuite, par un processus chimique parfaitement compréhensible.

De plus, les matières organiques et la substance collagène (osséine) [1] en décomposition constituent par leur présence de

1. Le tissu connectif sous toutes les formes, les os, l'ivoire des dents, sont constitués chimiquement par une substance identique, la substance collagène. Elle se gonfle dans l'eau froide sans se dissoudre ; dans l'eau bouil-

véritables matières toxiques, amènent la production de pus et finalement altèrent le tissu osseux lui-même (fig. 1).

Les médullocelles et les myéloplaxes peuvent jouer le même rôle pathogénique, par un processus inflammatoire ; c'est ce qui a lieu, par exemple, dans certains états diathésiques dérivant d'une augmentation de l'acidité du plasma sanguin [1] (arthritisme, goutte, diabète), à la suite de traumatisme ou par propagation d'inflammation.

Le rôle prépondérant des médullocelles et des myéloplaxes vous étant connu en général, nous pouvons maintenant aborder des détails plus particuliers, ce qui se passe, par exemple, dans les cas d'inflammation spontanée.

Pour résoudre le problème, nous ne choisirons pas les dents qui sont implantées dans les alvéoles normalement ouvertes du côté de la bouche, parce que, le périoste à peine détruit, la racine de la dent se trouve déjà exposée au contact de l'air ; il nous semble plus intéressant de prendre pour type de notre description une dent qui, par suite d'une évolution anormale, se trouve encore complètement enkystée dans le diploé. En voici un exemple.

HOPITAL INTERNATIONAL

Service du Dr Péan.

Obs. I. — *Troisième grosse molaire enkystée dans la branche montante droite du maxillaire inférieur, ostéite du maxillaire et suppuration sous-massétérine.* — Hauss., est âgé de vingt ans. Comme *antécédents héréditaires*, on note que son père, âgé de cinquante-cinq ans, est encore bien portant ; sa mère, âgée de cinquante ans, est atteinte de bronchite chronique ; son frère et sa sœur sont bien portants. Lui-même n'a jamais été malade.

Il y a quatre mois, sans cause appréciable, le malade constata que sa joue droite était le siège d'une tuméfaction considérable, en même temps qu'il éprouvait des douleurs très intenses dans toute la région où siégeait cette tuméfaction.

Une large incision donna issue à une certaine quantité de pus ossifluent, et soulagea le malade temporairement.

La plaie se ferma rapidement, mais il persista une fistule qui laissa continuellement échapper du pus.

Actuellement, toute la partie inféro-latérale de la joue est le siège

---

lante, elle se gonfle et se dissout en se transformant en une substance isomère, la *gélatine*.

La *substance organique des os*, quoique portant le nom d'osséine, ne se distingue en rien de la substance collagène ordinaire et en a toutes les propriétés ; elle se gonfle moins cependant dans l'acide acétique.

1. Du fait de l'absorption de PhO^5 organique, la cellule acquiert une activité générative, d'autres cellules embryonnaires se forment par multiplication karyokinétique ; sitôt qu'il se produit un excès d'un seul acide ou de composés acides complexes, l'activité des cellules se trouve augmentée, cette activité devient ainsi pathologique, du fait de l'hyperacidité du plasma sanguin, le nucléole se sature de ce principe, d'où une acidité de protoplasma de la cellule, qui, en contact constant avec les parois osseuses, dissout les sels de chaux de ce tissu.

d'une tuméfaction notable, toute la région correspondant à la branche montante du maxillaire droit et à la moitié postérieure de sa branche horizontale est manifestement empâtée, très dure au palper.

La pression fait sourdre du pus en assez grande quantité, par le trajet fistuleux.

Toute la région, du reste, est très douloureuse au toucher et il est en outre difficile d'examiner la cavité buccale, le malade éprouvant beaucoup de difficulté à écarter les mâchoires.

Plusieurs grosses molaires à droite sont cariées. Le stylet engagé directement par l'orifice fistuleux pénètre sur l'os dénudé.

Opération. — Chloroformisation. Nous faisons une incision le long du bord inférieur du maxillaire inférieur à droite ; le muscle masséter est désinséré ; la table externe à la base de l'apophyse et cette apophyse elle-même sont enlevées en totalité.

Les suites opératoires sont normales.

Pas de réaction fébrile. Le premier pansement est fait quarante-huit heures après l'opération, le drain donne issue à une certaine quantité de pus ; les douleurs sont moindres. Le huitième jour, la suppuration ayant notablement diminué, on enlève le drain en même temps que les points de suture de la peau. La plaie est bien réunie. On remplace le drain par une petite mèche de gaze iodoformée, naphtolée. Dix jours plus tard, la suppuration est complètement tarie et la réunion parfaite.

Le malade ne souffre plus et demande sa sortie.

Chez ce malade, au centre du diploé de la portion du maxillaire enlevée, nous avons trouvé une dent de sagesse (troisième grosse molaire) développée normalement, mais, qui n'était pas sortie. Cette dent, peu solidement enkystée dans le diploé, a pu en être extraite, et j'ai pu sans difficulté faire l'examen de cette dent, ainsi que du liquide sanieux dans lequel elle baignait.

Dans ce liquide sanieux, très abondant, le microscope révéla l'existence de globules blancs (pus) de micro-organismes en extrême abondance, et d'une quantité particulièrement considérable de flagelli (protozoaires d'origine externe) ; des médullocelles et des myéloplaxes en liberté baignaient aussi dans ce liquide.

En examinant la dent à l'œil nu, on s'aperçoit que la couronne a été séparée en deux morceaux distincts par la partie supérieure. La surface de séparation, comme on peut s'en rendre compte sur la figure ci-jointe (fig. 1), est irrégulière, parsemée de petites cavités cupuliformes, sans traces apparentes de carie.

Les racines de la dent présentent des lésions intéressantes : l'une d'elles fut lésée par la gouge pendant l'opération, sur l'un de ses côtés ; sur le côté opposé, nous constatâmes qu'il y avait eu hypergenèse et formation d'une couche supplémentaire de cément (cémentose), c'est-à-dire exostose dentaire.

Il a été facile aussi de reconnaître que, dans la cavité pulpaire close, la pulpe de la dent elle-même avait subi la dégénérescence graisseuse.

Dans les conditions spéciales où se trouvait cet intéressant malade, il nous était aisé de suivre toutes les phases pathologiques,

depuis l'état normal jusqu'au moment où le malade est venu nous demander des soins.

En effet, il n'y a pas à douter que par suite du non-développement de la dent il y a eu tout d'abord trouble fonctionnel régional ; mais on peut se demander par quel processus secondaire l'ostéite suppurée a débuté. Est-ce par la mortification de la pulpe

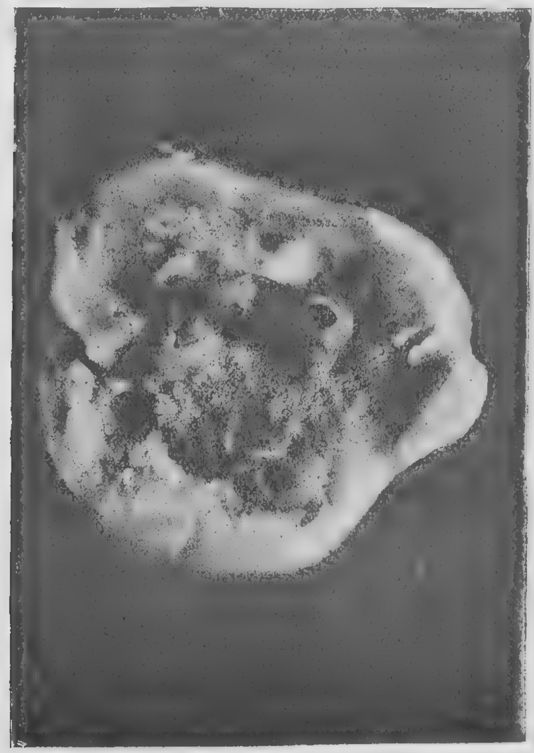


Fig. 1. — Dent de sagesse inférieure. — La couronne est détruite par les myéloplaxes (11 diam. de grossissement).

dentaire primitivement ? Est-ce par la destruction du périoste radiculaire ? Est-ce encore par une suractivité des cellules de la moelle ? Ce qui nous paraît le plus vraisemblable, c'est que la lésion de la dent a dû commencer autour du collet. Le processus pathologique a été primitivement une inflammation du diploé, du fait que la dent non développée agissait comme corps étranger. La suractivité des cellules médullaires et des myéloplaxes a dû être provoquée par une hyperacidité locale et accidentelle dans ce milieu fertile en micro-organismes, les éléments cellulaires étant imbibés d'acide organique et pouvant, en dissol-

vant le phosphate de chaux, désorganiser la matière organique collagène. Ces débris organiques purulents ont dû ensuite provoquer une activité hypergénétique du périoste radiculaire, d'où la cémentose (ou exostose). Enfin la pulpe dentaire se trouvant dans la sanie phlegmoneuse a éprouvé, par la suite, une dégénérescence tissulaire, est entrée en putréfaction et a aidé à l'entretien de la suppuration [1].

Nous trouvons donc, dans cette observation, la preuve que, sous l'influence de l'inflammation, des désordres locaux se manifestent dans un ordre spécial et aboutissent à des lésions particulièrement graves qui n'auraient sans doute pas lieu si les éléments cellulaires en question n'avaient le pouvoir de s'imbiber de certains acides organiques qui excitent leur irritabilité pathologique.

Mais il y a d'autres inflammations, celles de cause toxique, par exemple, dans lesquelles l'action d'un acide inorganique est bien autrement facile à démontrer et dont les effets sont tellement surprenants que nous ne pouvons nous dispenser de vous en parler.

Voici, en effet, ce qui se passe, en général, chez les malades ayant la nécrose phosphorée du maxillaire inférieur.

Observation. Hôpital Péan.

Obs. II. — *Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur ; lésions dentaires d'ordre particulier.* — Billau (Louis), âgé de quarante ans, exerce la profession d'ouvrier en allumettes.

Comme antécédents héréditaires nous apprenons que son père est mort à l'âge de soixante et un ans d'une affection des voies respiratoires, et sa mère, à l'âge de soixante-huit ans d'une affection semblable. Il a eu deux sœurs, toutes deux mortes en couches ; les antécédents personnels sont les suivants : il a contracté une bronchite à vingt-quatre ans et une pleurésie il y a un an ; aucune ponction n'a été faite. En 1891 il a dû se faire arracher plusieurs dents.

Le début de sa maladie a passé inaperçu ; il y a un an cependant, il commença à s'apercevoir que sa gencive laissait sourdre du pus, à droite, au niveau des dernières molaires inférieures.

---

1. Les préparations histologiques des pièces montrent que l'irritation a été déterminée par la résorption du tissu osseux et par l'exubérance en même temps dans d'autres points de ce tissu. La même cause produit deux effets différents ; là se trouve l'histoire histologique de l'ostéite.

Le premier phénomène est que sous l'influence de l'irritation il se produit des cellules embryonnaires, puis, à la suite de la production du tissu embryonnaire, il se forme des résorptions du produit osseux, l'agrandissement des tubuli par résolution du tissu. Il se produit d'abord des lamelles frangées, puis celles-ci disparaissent par places et forment des espaces irréguliers qui se remplissent des cellules embryonnaires.

La résorption de l'os dentaire est précédée d'une transformation muqueuse (Rindfleisch), que les noyaux embryoplastiques résorbent et dont ils prennent la place, en formant des travées transparentes et de nouvelles organisations aux dépens des cellules embryonnaires qui ont pris naissance dans le premier stade de l'inflammation. C'est à ce genre d'inflammation qu'on a donné le nom d'*ostéite raréfiante*, qui peut faire disparaître certains tissus d'une manière complète, sans nécrose et sans carie.

Soigné sans résultat par le dentiste de la fabrique d'allumettes où il travaillait, il se décida à entrer à l'hôpital; on fit à cette époque une résection partielle du rebord alvéolaire et de la branche montante. A la suite de cette intervention dont le malade guérit parfaitement, le soulagement fut immédiat, et pendant deux mois le malade ne se plaignit plus de rien.

Trois mois après, cependant, il s'établit une nouvelle suppuration au niveau des petites molaires On lui fait une nouvelle opération cinq semaines après. Le rebord alvéolaire est à ce moment réséqué sur une plus grande étendue; au niveau de la canine et des petites molaires, l'excision fut poussée très loin, et on ne laissa en place qu'une couche osseuse très mince. Malgré cette nouvelle intervention, aussi large qu'il fut possible, le malade perdait encore, trois mois après, une grande quantité de pus au niveau de la région opérée, et quelque temps après, cette suppuration devint de nouveau si abondante qu'elle infectait le malade et l'empêchait de s'alimenter. Ayant beaucoup maigri et perdu l'appétit, il était devenu très faible et revint à l'hôpital réclamer une nouvelle opération.

Opération. — Le Dr Péan a pratiqué la résection du maxillaire au niveau des petites molaires, des canines et des incisives droites. Les suites opératoires sont normales; la plaie extérieure est guérie huit jours après, et le malade se trouve amélioré.

A l'examen histologique, outre les lésions communes de nécrose, j'ai pu constater la présence, sur les bords nécrosés du maxillaire, dans les canaux de Havers et les trajets interstitiels, d'un grand nombre de médullocelles et de myéloplaxes.

Après la première intervention, plusieurs dents que j'ai examinées n'ont rien présenté de spécial, ce qui est facile à comprendre, puisque les parties nécrosées du maxillaire inférieur n'étaient pas encore en contact direct avec les dents; mais dès la deuxième opération, à l'examen d'une des canines inférieures, j'ai observé une lésion particulière, qui n'est autre que la destruction partielle de la dentine radiculaire, c'est-à-dire de la cémentolyse de cette dent, rappelant en tout point la raréfaction du tissu osseux de l'économie (l'ostéolyse).

La perte de substance sur cette racine dentaire et l'aspect déchiqueté de ses bords étaient en tout semblables aux lésions microscopiques que l'on trouve sur les maxillaires eux-mêmes dans les cas de nécrose phosphorée (fig. 2).

A la troisième récidive, j'ai examiné de nouveau une des canines baignant dans le pus et cueillie pendant l'opération. A la coupe de la dent, j'ai trouvé sur deux préparations microscopiques, à l'intérieur du nerf dentaire, et dans le canal une dégénérescence présentant exactement les caractères de la déminéralisation de la dentine ou plutôt de la déphosphatisation, si l'on peut s'exprimer ainsi, caractères similaires aux phénomènes qui se passent dans le rachitisme osseux (fig. 3-4).

Peu après, le malade a été repris d'une nouvelle récidive, sur le maxillaire supérieur, à gauche, au niveau de l'alvéole de la première prémolaire, qui a été extraite depuis longtemps. Il s'agit d'une récidive métastatique, puisque le droit du maxillaire in-

férieur était jusqu'à présent seul atteint. Le malade a brusquement senti des douleurs lancinantes pendant la nuit et la suppuration était établie le lendemain.

Ce pus présentait un sérum très riche en globules graisseux, les cellules cytoïdes avaient des noyaux de très grande dimension et réfringents ; sur la mamelle, il a été facile de dissoudre des principes graisseux, grâce à l'éther, ce qui prouverait que les éléments



Fig. 2. — Nécrose phosphorée. — Couronne de la dent (11 diam. de grossissement). — Incisive inférieure. — Carie de la surface latérale.

graisseux avaient fixé une plus ou moins grande partie d'acide phosphorique circulant en excès dans le courant sanguin.

Quant à expliquer les causes de ce que l'on pourrait appeler la déphosphatisation de la dentine, cela est encore malaisé, c'est un phénomène fort intéressant et qui ne paraît pas avoir été étudié. La question, du reste, est fort complexe : il s'agirait, à mon avis, d'une véritable substitution chimique.

Les théories émises par les différents auteurs sur la nécrose phosphorée des maxillaires comprennent : 1° l'action nécrotique sur le tissu osseux en général ou en particulier ; 2° l'absorption gingivale ou périostique indirecte ; 3° l'absorption directe par carie dentaire.

Les auteurs allemands, Lormier, Heyfelder, Virchow, Wegner et Hutchinson sont partisans de l'action élective du phosphore sur le squelette en général et sur les maxillaires en particulier.

L'absorption gingivale et périostique a été soutenue par Bibra, Geist, Strohl, Lancereaux et E. Trélat ; d'après ces auteurs, la nécrose débuterait, la salive étant saturée de phosphore, par une périostite externe (ostéo-périostite phosphorée) ; dans ces cas, il peut ne pas y avoir de lésion apparente des dents, qui sont simplement ébranlées et soulevées dans leur alvéole.



Fig. 3. — Nécrose phosphorée. — Cémentolyse radiculaire (11 diam. de grossissement).

La théorie qui reconnaît la carie des dents comme facteur spécial de la nécrose phosphorée a été émise par Th. Roussel, Broca, Brouardel et Magitot. D'après eux, quand la pulpe dentaire est mise à nu par la carie, le canal dentaire est une voie ouverte aux vapeurs phosphorées et celles-ci arrivent en contact immédiat avec la membrane alvéolo-dentaire. Pour Magitot aussi, l'action directe des vapeurs phosphorées n'est possible qu'à la faveur d'une carie qu'il appelle *pénétrante*. Les faits cliniques viennent à l'appui de cette idée en montrant qu'en général les ouvriers atteints de nécrose ont une ou plusieurs dents cariées. Cependant Trélat a établi que cette théorie n'est pas applicable à tous les cas. Il a rap-

porté plusieurs observations parfaitement concluantes concernant des sujets dont les dents étaient saines, lors du début des accidents. Il a cherché à expliquer l'action élective du phosphore pour les gencives et il l'attribue à la constitution anatomique du tissu gingival ; les gencives, en effet, sont dépourvues de cet appareil glandulaire qui lubrifie les autres muqueuses et cette issue épithéliale incessante constitue un réel élément de protection. Elles



Fig. 4. — Nécrose phosphorée. — Déminéralisation de la dentine dans la cavité pulpaire ayant les caractères de l'ostéolyse dans le rachitisme (100 diam. de grossissement).

sont exposées sans défense à l'influence fâcheuse des vapeurs phosphorées.

Que faut-il conclure de ces différentes théories? L'action locale et l'influence de l'intoxication générale ne paraissent pas contestables, le phosphore, en excès dans l'organisme, étant éliminé par les glandes salivaires.

D'après mes recherches, il y a chez les individus atteints de nécrose phosphorée une véritable intoxication générale, d'où la cachexie spéciale de ces sujets ; M. Gautrelet, le chimiste bien connu, a eu l'amabilité de faire l'analyse urologique de notre malade trois mois après la dernière intervention chirurgicale.

L'intoxication générale était manifeste par l'augmentation absolue de l'acidité totale, l'augmentation relative de l'urobiline, une diminution considérable des éléments normaux, et enfin par la présence d'éléments anormaux, tels que la sérine, la syntonine, le skatol, l'indican, et des cylindres granuleux [1], le tout faisant séméiologiquement conclure à la cachexie par hyperacidité du plasma sanguin.

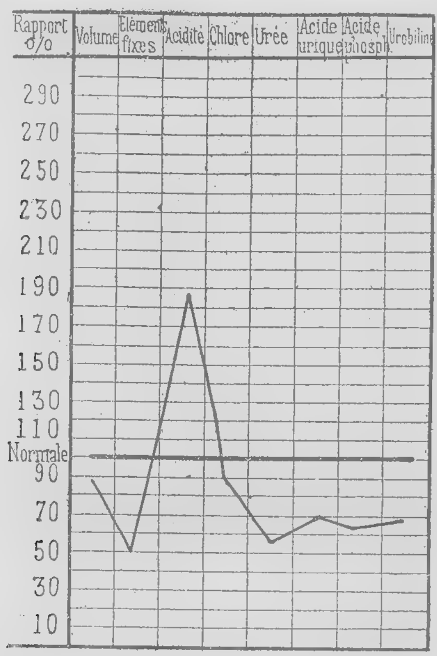


Fig. 5. — Tableau urologique dans la nécrose phosphorée.

Nous estimons donc que la gravité de l'affection dépend des conditions physiologiques dans lesquelles se trouve le sujet. Il est certain en effet que la diathèse arthritique ou l'hyperacidité plasmatique d'un sujet le prédispose à une infection rapide, s'il a des lésions graves des dents, par où elle est particulièrement à craindre.

La saturation par les vapeurs phosphorées de la salive, les matières amylacées, les débris organiques fermentés ou en putréfaction qui saturent les cavités radiculaires des dents, représentent le facteur infectant local, par la plus-value de PhO^5 qui, en excès, en contact avec les tissus organiques détruit et liquéfie l'albumine de ces éléments ; aussi du fait que le PhO^5 peut se combiner avec

1. Les cylindres granuleux se rencontrent souvent dans les empoisonnements par le phosphore. Ce sont des cylindres de destruction.

l'acide lactique ou paralactique régional. Cela expliquerait la dissolution des sels de chaux du tissu osseux. On constate chez les différents malades des variations de l'intensité des désordres nécrotiques et leur terminaison chez les uns par une opération relativement simple, tandis qu'à d'autres on est obligé de faire des ablations considérables ou totales des maxillaires, la guérison de quelques-uns, et enfin, la mort chez d'autres, de même que ces affections récidivent plus ou moins rapidement, on doit conclure que la diathèse individuelle joue un rôle pathogénique spécial, d'où la différenciation des effets pathologiques, car les opérations n'ont pas une gravité mortelle immédiate. Il s'agit d'une intoxication par saturation (hyperacide) de l'organisme, produisant la résolution ou la dégénérescence tissulaire [1]. (Note de M. Gautrelet).

Nous terminerons par une observation de cancer du maxillaire supérieur fort intéressante, qui s'est compliqué de propagation cancéreuse dans la pulpe de plusieurs dents. Nous n'insisterons pas sur ce fait, mais nous cherchons simplement à susciter de nouvelles études à ce sujet, persuadé que nous aurons été utile, en attirant l'attention des micrographes.

Observation du Dr Péan.

OBS. III. — *Sarcôme du maxillaire supérieur; propagation du néoplasme aux dents.* — Mme Gélot (d'Oran), âgée de quarante-deux ans, n'exerce pas de profession. Les *antécédents héréditaires* et personnels n'offrent aucune particularité. La malade nous raconte qu'à Oran, où elle demeure, un chirurgien l'endormit et lui fit une incision en T sur la face ; le trait horizontal était parallèle au rebord inférieur de l'orbite et le trait vertical rasait l'aile du nez.

Opération. — Chloroformisation par notre procédé habituel. Nous détachons la joue et l'aile du nez au moyen d'une incision passant sur la lèvre supérieure en son milieu et sur le dos du nez et une autre horizontale, sur l'ancienne cicatrice. Le maxillaire supérieur est enlevé en totalité, y compris le plancher de l'orbite et une partie de l'os malaire.

Le sinus maxillaire était rempli de masses cancéreuses et la déviation de l'œil correspondant était, du reste, très prononcée.

---

1. L'organisme, dans son ensemble, ne renferme à l'état normal que des liquides alcalins ou acides. L'appropriation de nos tissus à ces liquides plasmatiques intra-vasculaires ou extra-cellulaires acides, tout au plus par des sels acides, est certaine.

Pour s'en convaincre, il suffit d'observer ce qui se passe par le fait du simple contact d'un acide libre avec celui de nos tissus qui est le plus résistant, le derme. A une cautérisation primitive, représentant en somme une déshydratation du produit, succède toujours un tissu cicatriciel de nature fibreuse.

Toute modification dans la forme de réaction des liquides en contact avec nos tissus amène fatalement une modification histologique de ces tissus.

On comprendra donc facilement que si le contact d'un acide libre, même produit par l'organisme, et dilué dans une certaine mesure, est prolongé sur l'un quelconque de nos tissus, il puisse y avoir altération histologique de ce tissu.

Et selon la nature du tissu, l'intensité de l'acidité du liquide organique, la prolongation du contact, les effets seront différents (Gautrelet).

Les suites de l'opération sont excellentes. On alimente la malade à la sonde pendant les premiers jours. La réunion des plaies cutanées a lieu par première intention.

A l'examen histologique du tissu osseux juxta-dentaire, j'ai constaté qu'il est rosé, présentant des points opaques, translucides et des tractus fibreux. Les cellules, qui sont polymorphes, passent de la périphérie au centre.

Ce stroma interposé aux globules et composé de tissu conjonctif ordinairement fasciculé et adulte, est ici embryonnaire, ce qui aggrave singulièrement le pronostic. Les vaisseaux sanguins sont



Fig. 6. — Cristallisations du tissu pulpaire (130 diam. de grossissement).

peu abondants, contenus dans le tissu conjonctif et ne pénètrent pas au centre. Les cellules se succèdent dans le même ordre qu'à la peau normale, mais en sens inverse, les parties anciennes ne pouvant s'étaler à l'extérieur ; elles sont cylindriques à la périphérie, puis deviennent polygonales et dentelées au centre. Elles sont sèches et plates et disposées en couches concentriques.

Elles ont subi la dégénérescence *colloïde* et tapissent les tubes. Dans certains vaisseaux sanguins on constate des hémorragies.

Les cellules du tissu conjonctif sont en dégénérescence muqueuse et forment une cavité remplie de liquide.

Sur les coupes microscopiques de plusieurs dents, on a été surpris de constater (sur deux préparations particulièrement) des lésions du tissu pulpaire (fig. 6, 7, 8), comme vous pouvez vous en rendre compte sur ces figures. Sur la figure 6 on aperçoit, en effet, des culs-de-sac arrondis dont la concavité est hérissée de fines cristallisations, qui, plus que probablement, sont d'origine calcaire.

La figure 7 représente ces mêmes altérations à leur premier degré de développement ; à ce moment, elles présentent l'aspect de dépôts de sulfate de chaux. Il est fort difficile de se prononcer ; peut-être ces altérations de la pulpe sont-elles d'ordre chimique ? De nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet.

Sur d'autres préparations, j'ai pu trouver la propagation de la néoplasie cancéreuse dans la pulpe dentaire (fig. 8).

Ces faits n'ont pas encore été étudiés à ce point de vue, dans les cas de cancer des maxillaires, du moins à notre connaissance ; nous appelons donc l'attention des confrères sur ces complications dentaires.

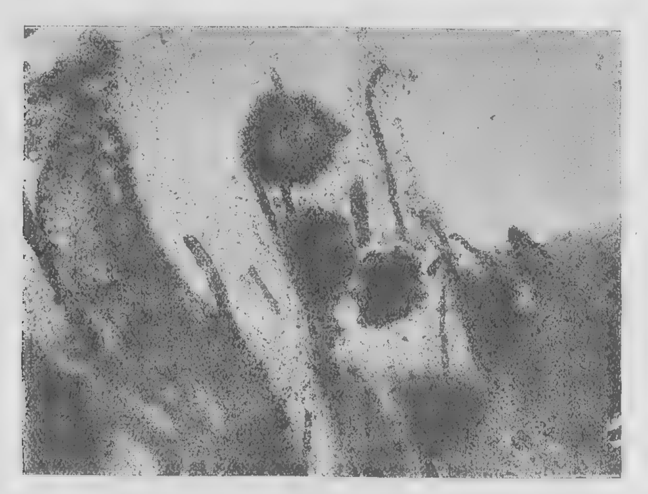


Fig. 7. — Cristallisations cancéreuses de la pulpe (130 diam.).

Voici, en effet, ce que l'on constate sur plusieurs dents supérieures provenant de notre intéressante malade : à l'apex de la racine de l'une de ces dents (fig. 8), on distingue nettement, dans l'intérieur du canal dentaire, le tissu nerveux dégénéré qui est envahi par des cellules fibro-plastiques, manifestement cancéreuses ; du côté de la dentine, on ne voit aucune altération notable, si ce n'est, à la hauteur du bord gingival, un point de carie d'aspect particulier où pullulent des micrococci.

Avant donc de terminer cette communication, il ne sera pas inutile, croyons-nous, de vous parler de quelques unes de ces mêmes lésions dentaires rencontrées chez différents malades, chez certains sujets simplement arthritiques ou diabétiques ou dans certains cas d'ostéomalacie. En effet, j'ai rencontré la cémentolyse pathologique ou résorption d'une partie plus ou moins grande de la racine de la dent un grand nombre de fois chez les arthritiques ; dans ces cas, il existe toujours un degré plus ou moins marqué de

pyorrhée alvéolo-dentaire, c'est-à-dire qu'au niveau de la racine il se forme du pus, lequel fuse avec une persistance déplorable le long de l'alvéole, provoquant le déchaussement progressif de la dent malade par le rétrécissement et l'altération de la gencive. Ce phénomène est consécutif à la résorption du tissu osseux. Quelquefois on voit même le procès alvéolaire se nécroser et de petits séquestres s'en détacher.

Pour expliquer ces différents phénomènes, je les attribue à la dégénérescence du tissu périradiculaire par hyperacidité locale, et



Fig. 8. — Cancer du maxillaire supérieur. — Tissu fibro-plastique dans le canal dentaire (micro-photographie ; 100 diam. de grossissement).

l'irritabilité pathologique spéciale des médullocelles et des myéloplaxes imbibés et saturés, par les acides organiques agissant localement au voisinage des dents.

On retrouve de semblables lésions radiculaires, avec ou sans pyorrhée alvéolo dentaire, chez les diabétiques.

Chez eux il y a parfois des ramollissements de la muqueuse buccale et des caries de dents caractéristiques, comme aussi des déchéances tissulaires du périoste par les progrès de la glycosurie, d'où ébranlement et chute précoce des dents. Les racines sont assez souvent atteintes d'un degré avancé de cémentolyse.

Ce que nous venons de dire à propos des diabétiques n'a rien, d'ailleurs, qui puisse surprendre, étant donné que, d'après les

théories nouvelles, le diabète est souvent sous la dépendance de l'hyperacidité organique.

Dans un cas particulièrement intéressant d'ostéomalacie du maxillaire supérieur chez une femme encore jeune, j'ai également constaté sur différentes dents, que j'ai dû extraire ou qui sont tombées d'elles-mêmes, ces mêmes lésions de cémentolyse (fig. 9). D'autres dents, en particulier les deux prémolaires supérieures, présentaient, au contraire, des exostoses radiculaires très nettes. Un stylet, introduit dans les cavités alvéolaires vides du maxillaire n'a fait constater aucune résistance osseuse.

Dans ce cas, le rôle pathogénique de ces altérations radiculaires

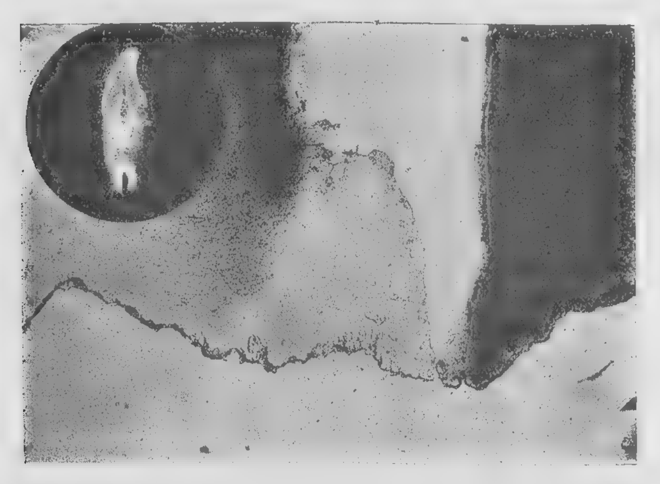


Fig. 9. — Ostéomalacie du maxillaire supérieur. — Cémentolyse de la racine.

doit être encore attribué aux médullocelles et aux myéloplaxes dont la suractivité a été certainement occasionnée par une hyperacidité du courant sanguin.

En résumé, grâce à un acide organique, du reste variable, dont elles s'imbibent, les cellules du tissu médullaire des maxillaires, c'est-à-dire les médullocelles et les myéloplaxes, d'indifférentes deviennent nuisibles et acquièrent, comme nous l'avons vu, des propriétés chimiques particulières agissant sur les divers éléments qui entrent dans la constitution des dents (cémentolyse radiculaire).

Dans le cas d'inflammation spontanée que nous avons choisi comme premier type, où la dent de sagesse, incluse dans le diploé, s'était fracturée en son milieu et se trouvait à moitié résorbée, sans avoir jamais vu le jour, les cellules myéloplaxiques ont dû se trouver, de par une hyperacidité locale, dans les conditions voulues pour détruire la majeure partie de la dent. Dans la nécrose phosphorée et les différents états diathésiques que nous

avons passés en revue, l'hyperacidité du courant circulatoire agit localement d'une façon manifeste sur les éléments constituants des dents, grâce encore à l'influence de ces mêmes cellules médullaires.

M. le Président. — Au nom de tous les congressistes, permettez-moi, Monsieur Michaëls, de vous remercier bien sincèrement de la si intéressante communication que vous venez de nous présenter. *(Applaudissements prolongés.)*

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE L'ODONTOLOGIE.

LETTRE de M. Thioly-Regard, de Genève.

Un cas d'anesthésie de la lèvre inférieure a été communiqué à la Société odontologique de New-York par M. C. Cady.

Un abcès s'était ouvert à la partie inférieure de la lèvre. Une solution d'acide phénique et d'iode fut injectée à travers le canal dentaire de la 1re molaire inférieure gauche qui avait occasionné l'abcès, pour sortir à l'ouverture de la fistule. Ce traitement, plusieurs fois renouvelé, ayant réussi, il fut procédé à l'obturation de la racine avec de la pâte iodoformée et la couronne fut obturée provisoirement avec de la gutta-percha.

Peu d'heures après, le patient perdit la sensibilité depuis cette 1re molaire, qui avait amené la fistule, jusqu'à l'incisive médiane du même côté. La partie de la lèvre inférieure en correspondance avec la molaire fut également atteinte d'une anesthésie localisée. Cette anesthésie persista pendant 6 semaines, pour s'atténuer insensiblement. Aujourd'hui, la sensibilité n'est pas encore normalement revenue, mais avec le temps nul doute qu'elle ne reparaisse tout à fait.

*
* *

Le chinosol comme eau dentifrice et badigeonnage est ordonné par Kleinmann dans la pyorrhée alvéolaire.

Rp. Chinosol	1	gr.
Eau distillée de menthe poivrée	200	
1 cuillerée à thé dans un verre d'eau, en gargarismes.		
Rp. Chinosol	5	gr.
Eau distillée	10	
Miel	20	
Badigeonnage de la gencive.		

Comme irrigation dans le sinus maxillaire, on peut également utiliser une solution de chinosol à 1 0/0. En injection, dans une grande cavité kystique du maxillaire supérieur, Kleinmann employa avec succès une solution à 2 0/0.

Enfin, pour obturer les canaux dentaires, il recommande une pâte composée de chinosol et de glycérine ou d'essence de cannelle.

Une chose importante à retenir à la louange de ce nouvel antiseptique, c'est que le chinosol en solution ne se décompose pas.

M. Cave, de Lübeck, a également traité avec succès une affection de l'antre d'Highmore par des irrigations de solution de chinosol.

*
* *

Parmi les nouveaux désinfectants chimiques, l'*aristol* fait depuis un certain temps le sujet d'observations thérapeutiques qui vont sans doute permettre de le classer avantageusement parmi les nombreuses substances médicamenteuses que l'art dentaire utilise chaque jour.

L'aristol est le produit d'une combinaison de thymol, d'iode et de lessive de soude. Sa constitution chimique est donc un diiothymol ou déthymoldiiodide. Sa couleur tire sur le rouge-brun, il n'a pas d'odeur, la poudre est insoluble dans l'eau et la glycérine.

Si l'on dissout de l'aristol dans du chloroforme jusqu'à consistance d'une pâte sirupeuse, on obtient un médicament très efficace contre les douleurs dentaires, lorsque la pulpe est enflammée ou dénudée, et qui peut s'employer comme pansements dans les cavités dentaires.

Lorsqu'on veut cautériser la dentine sensible avec le nitrate d'argent, on peut protéger la muqueuse environnante avec un peu de cette pâte appliquée à l'aide d'un petit morceau d'amadou ; l'effet persiste même plusieurs heures.

Si l'on en croit certains praticiens, on peut également se servir dans certains cas de cette pâte à l'aristol comme moyen de rétention pour la digue, en frictionnant la dent ou les dents avec un petit morceau d'amadou imprégné de cette composition. L'efficacité de ce procédé dépasserait de beaucoup celui obtenu avec la laque à la sandaraque, car maintes fois il a été possible d'éviter l'emploi de crampons et de ligatures.

*
* *

Une bonne poudre dentifrice à recommander aux personnes dont l'émail est plutôt de couleur foncée se prépare selon la formule suivante :

Rép. Chlorate de potasse	6 gr.
Acide borique pulvérisé	ãã 12 gr.
Carbonate de magnésie	
Carbonate de chaux précipité	
Essence de menthe poivrée	V gttes.

*
* *

Pour confectionner une capsule métallique dans l'intention de protéger ou d'encaper une pulpe, M. Th. H. Chupins procède simplement comme suit : sur un petit morceau de bois tendre, de liège ou de gomme à effacer le crayon, il place une parcelle d'étain ou d'aluminium un peu épaisse, sur laquelle une pression est exercée au moyen de l'extrémité arrondie d'un manche d'excavateur, de fouloir ou encore avec la surface convexe d'un brunissoir.

*
* *

Lampe à alcool.

Lorsqu'il s'agit de chauffer des parcelles d'or pour exécuter une aurification, on économise du temps et de l'or en ne brûlant que de l'alcool de bonne qualité, si possible rectifié à 95°, car les alcools impurs donnent une flamme qui salit l'or et les fumées qui se dégagent empêchent la cohésion de l'or. De même on évitera avec le plus grand soin d'utiliser les lampes qui servent habituellement pour chauffer l'amalgame de cuivre, les cires, etc.

M. P. Guye D. D. S., de Genève, croit que même la mèche de coton en charbonnant tant soit peu doit nuire à la valeur de l'aurification. Aussi, pour obvier à cet inconvénient, recommande-t-il une mèche d'amiante confectionnée avec des fils d'amiante au milieu desquels se trouve enveloppée la mèche de coton, mais celle-ci s'arrêtant à quelque distance de l'extrémité supérieure brûlante de la mèche en amiante. De cette façon on a une mèche ne s'usant jamais, donnant une flamme ne charbonnant pas, surtout si l'on a soin, lorsque l'on n'en fait pas usage, de toujours tenir la lampe couverte avec son godet en verre.

*
* *

La meilleure matrice pour les obturations de ciment est obtenue en employant une bande mince de celluloïd ; quand le ciment s'est durci, la surface en rapport avec la matrice est aussi lisse que du verre.

*
* *

Le Dr Hewitt recommande pour le nettoyage des mains la pâte suivante :

Borax pulvérisé	250 gr.
Soude	500
Pierre ponce	250
Glycérine, quantité suffisante pour faire une pâte molle.	

*
* *

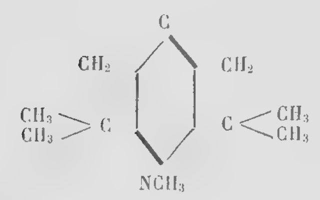
Pour enlever l'odeur caractéristique de la digue en caoutchouc dont beaucoup de patients se plaignent, il suffit de tremper celle-ci quelques heures dans un peu d'eau additionnée de quelques gouttes d'eau de Cologne.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

L'EUCAINE, NOUVEL ANESTHÉSIQUE

Par M. Kiesel, de Berlin.

L'eucaïne, préparée par la *Chemische Fabrik auf Aktien*, de Berlin, est, comme la cocaïne, une combinaison de méthyle et d'un oxycarbonate γ de pipéridine et de benzol. Sa constitution répond à la formule



Le chlorhydrate d'eucaïne, qui remplace le chlorhydrate de cocaïne, possède la composition suivante $C_{19} H_{27} NO_{44}$ H Cl. L'eucaïne a sur la cocaïne, au point de vue chimique, l'avantage de ne pas se décomposer quand on la fait bouillir avec de l'eau, tandis que cette dernière se décompose en benzoylecgonine et en alcool de méthyle et perd ainsi son action comme anesthésique local.

L'eucaïne s'emploie, comme la cocaïne, en injections. Au début je me servais d'une solution de 1/15 d'eau stérilisée, dont j'injectais, suivant l'étendue de l'opération et du champ opératoire et suivant les besoins, à divers endroits, de 1 à 1 1/2 ou 2 seringues; par la suite la fabrique me fit observer que je pouvais aussi employer des solutions avec des proportions plus élevées. Je préparai donc une solution à 1/6 1/2, avec laquelle je continuai mes essais. Les résultats furent très satisfaisants.

En ce qui concerne les avantages de l'eucaïne sur la cocaïne, il faut remarquer surtout les points suivants :

1° Le cœur n'est influencé en aucune façon. J'ai eu l'occasion d'observer chez des patients très émotifs que le pouls, qui était monté à 120 ou 130 pulsations avant l'opération, avait repris rapidement après l'injection sa marche normale et avait conservé le nombre normal de pulsations sans présenter d'irrégularités.

2° L'anesthésie est, quant à la durée et quant au lieu, plus étendue qu'avec la cocaïne. Dans mes essais elle s'étendit parfois jusqu'au tissu musculaire. Dans un cas il se produisit après une injection une paralysie de l'aile droite du nez au-dessus de la petite incisive droite, ainsi qu'une insensibilisation latérale droite de la muqueuse pituitaire ; la patiente déclara qu'il lui avait semblé que son nez était bouché, mais l'olfaction demeura intacte.

3° Sans préjudicier à la santé des patients on peut injecter jusqu'à 3 gr. d'eucaïne contre 0 gr. 01 de cocaïne. Sur une solution à 1/6 1/2, c'est-à-dire à 15 0/0, on pourrait ainsi injecter 12 seringues pleines pour arriver à la dose maxima. Seulement la moitié est déjà suffisante, dans des conditions normales, pour extraire toutes les dents d'une bouche.

4° Les solutions à 1/6 1/2, préparées avec de l'eau stérilisée, demeurent toujours claires, quand elles sont maintenues à la température du cabinet et ne deviennent pas floconneuses, comme c'est le

cas pour la cocaïne, même sans qu'on ajoute de l'acide phénique ou de l'acide salicylique.

5° Le prix de l'eucaïne est notablement inférieur à celui de la cocaïne.

En résumé, la facilité de l'emploi, la certitude du succès, par-dessus tout le grand avantage sur tous les autres anesthésiques locaux et l'absence de tout effet post-opératoire désagréable, feront de l'eucaïne un des anesthésiques locaux préférés.

Depuis novembre 1895 je suis en possession de cette préparation et je l'emploie constamment. Les résultats ont toujours été tels que je renonçai aussitôt au chlorure d'éthyle et au bromure d'éther. A qui l'excitation et parfois aussi les vomissements n'ont-ils pas été fatals dans la narcose au bromure d'éther ? Qui n'a pas dû déjà abandonner le chlorure d'éthyle à cause de la salivation abondante qu'il provoque quand il s'agit de l'extraction des 2e et 3e molaires? A qui n'est-il pas arrivé de ne pouvoir, avec le chlorure d'éthyle, réussir l'extraction de la 2e, sans parler de la 3e ? Tous ces inconvénients disparaissent avec l'emploi de l'eucaïne, sans qu'on éprouve d'insuccès.

Je me sers de la seringue de Pravaz et j'injecte environ 1 centim. avant l'extraction. De cette façon on ne rencontre que rarement des difficultés, même pour faire une injection suffisante pour aboutir à une extraction indolore de la dent de sagesse. Dans un cas où je ne parvins pas à pénétrer assez profondément avec la seringue — il s'agissait de la dent de sagesse inférieure gauche, — je fis une piqûre profonde du dehors dans la direction de la dent malade ; 4 ou 5 minutes après, l'anesthésie était si grande que l'extraction put se faire sans difficulté. Si l'action favorable ne se produit pas tout de suite ou n'est pas suffisante, comme cela est arrivé parfois, il suffit, d'après mon expérience personnelle, de donner encore 1/2 seringue, dans certains cas une seringue entière, et patient et opérateur sont satisfaits du succès. Chez aucun de mes patients traités par l'eucaïne je n'ai constaté de troubles dans l'état général.

Quelquefois il survint après les injections une tuméfaction des joues, quoique la solution et la désinfection de la seringue fussent absolument irréprochables. Aussi ai-je depuis bien nettoyé la muqueuse avant chaque injection avec de la ouate imbibée d'acide phénique, puis procédé à l'injection. Depuis je n'ai plus constaté de tuméfaction.

Je signalerai deux cas dans lesquels j'ai eu recours à l'eucaïne comme particulièrement caractéristiques de l'emploi étendu de ce nouvel agent dans la pratique. Le premier a trait en même temps à mon premier essai avec l'eucaïne. Il s'agissait de l'extraction de la racine d'une canine supérieure gauche dans un pari dont la condition était l'avulsion sans anesthésie. Avec l'eucaïne l'avulsion se fit sans douleur et le patient fut très satisfait.

Dans le second cas il s'agissait d'un étudiant en théologie qui, en un an, pour des opérations chirurgicales répétées, avait été endormi 15 fois avec le chloroforme. Je savais que ce jeune homme

avait été opéré plusieurs fois ; mais j'ignorais qu'il eût subi tant d'anesthésies, et ce détail me fut caché. Le patient éprouvait de violentes douleurs dentaires, causées par la 2e molaire supérieure gauche, bien qu'il me désignât la 2e molaire inférieure comme douloureuse.

Il ne put être tiré de cette erreur et exigea l'extraction sous l'anesthésie, ce à quoi je me résolus aussi, la molaire inférieure étant pour ainsi dire perdue. Ce patient, très émotif, croyait que, seules, de grandes quantités de bromure d'éther pouvaient lui donner une insensibilité absolue ; aussi se défendit-il de toutes ses forces contre les effets de cet agent. Ce ne fut qu'après l'administration de 25 gram. de bromure d'éthyle que la narcose survint ; j'en profitai pour procéder à l'extraction. Le patient se réveilla trop tôt toutefois, et la dent se brisa. Le soir, il revint chez moi en se plaignant de vives douleurs, et réclama l'avulsion de la racine. Je refusai de l'anesthésier de nouveau à cause de son état. Une seringue et demie d'eucaïne eut un bon effet. Le lendemain le patient était revenu de son opinion fausse et demanda l'extraction de la molaire supérieure. Nouvelle injection d'une seringue et demie et nouveau bon résultat. Le patient affirma n'avoir rien senti.

Les bons résultats que j'ai obtenus dans l'extraction et dans les autres opérations m'ont amené à remplacer dans ma pâte à l'arsenic la cocaïne par l'eucaïne et, là encore, l'effet a été remarquable. Ce n'est que très rarement qu'il m'a été signalé de légères douleurs après l'emploi de l'arsenic.

Tels sont les essais qui m'engagent à recommander à mes confrères de remplacer la cocaïne dans tous les cas par l'eucaïne. L'eucaïne est une découverte très précieuse pour l'arsenal thérapeutique, dans tous les cas un rival très dangereux pour la cocaïne.

(*Zahntechnische Reform.*)

LIVRES ET REVUES.

Manuel du microscope à l'usage du débutant, par le Dr Albert MIQUET, membre de la Société de Thérapeutique, de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, de la Société d'Hygiène de l'Enfance. In-16 jésus de 56 pages et 17 figures. Prix : 1 fr. 50. Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

De même qu'aujourd'hui tout médecin doit savoir examiner, à l'aide du microscope, les crachats, les sédiments de l'urine, le sang, le pus, etc., de même tout dentiste, véritablement soucieux de profiter de tous les moyens d'investigation scientifique, doit se servir de cet auxiliaire indispensable pour éclairer son diagnostic dans certains cas particuliers.

C'est à ce titre que nous jugeons utile de recommander à nos lecteurs le manuel de M. le Dr A. Miquet, que nous venons de recevoir et

dans lequel nous trouvons, très clairement résumées, toutes les indications de nature à faire connaître la structure du microscope, le rôle que jouent les différentes pièces qui le composent, la façon de s'en servir et les soins à prendre pour éviter qu'il ne se détériore.

L'auteur a fait certainement œuvre utile en rédigeant cette monographie d'où il a banni toutes descriptions arides, et en annotant les termes techniques de définitions aussi claires que succinctes.

Puisse cet excellent manuel amener des adeptes à l'étude de l'histologie normale et pathologique et de la bactériologie, dont notre ami Choquet s'est fait chez nous l'ardent propagateur.

E. P.

Dental Pathology and Practice,

By Frank ABBOTT, Professor of dental Histology, Surgery, ant Therapeutics in the New York College of Dentistry.

Malgré la tendance indéniable que l'art dentaire manifeste à se placer sur le terrain scientifique et rigoureusement expérimental, les travaux consacrés à l'étude des choses de notre profession publié jusqu'à ce jour, n'offraient que rarement une portée scientifique réelle. Les œuvres où les conclusions, où les affirmations sont appuyées de démonstrations probantes, de constatations précises, constituent encore des exceptions heureuses, et l'on conçoit sans peine le succès universel qu'obtiennent, dans notre monde spécial, les productions de cet ordre.

Le travail de M. Abbott mérite incontestablement de figurer au nombre de ces œuvres d'exception, et il suffit d'un examen même superficiel pour en acquérir la conviction. C'est une œuvre d'érudition, mais surtout une œuvre de recherches originales, à laquelle des résultats concrets, tangibles, présentés avec concision et appuyés d'illustrations nombreuses, donnent le caractère d'une leçon vivante et animée. Ces illustrations abondent dans ce livre et il est à remarquer qu'à l'exception de trois dessins empruntés à M. Boëdecker, tous appartiennent en propre à M. Abbott.

Condenser dans un livre de 240 pages les données essentielles d'histologie et de pathologie dentaires, faciliter l'assimilation de ces sujets délicats à l'aide de dessins reproduisant l'image amplifiée des coupes microscopiques, empêcher l'étudiant, auquel le livre s'adresse particulièrement, de se perdre au milieu de l'agglomération de détails accessoires, le plus souvent contradictoires et forcément stériles, tel a été l'objectif de l'auteur. Et nous sommes obligé de reconnaître que l'auteur a pleinement réussi.

Nous serions désireux d'entrer dans quelques développements, de mettre en relief certaines parties du livre qui nous ont particulièrement intéressé. A notre regret la place limitée qui nous est assignée nous oblige à nous contenter de simples indications.

Pour notre part nous avons beaucoup profité de la lecture vraiment attachante des neuf premiers chapitres du livre. Les questions d'histologie normale et pathologique des organes dentaires, envisa-

gées sous les divers aspects d'évolution, d'état normal et de modifications morbides, y sont exposées avec une netteté, une clarté qui ne laisse rien à désirer. Et ce besoin de concision et de netteté qui demeure partout la préoccupation constante de l'auteur, n'empêche guère l'exposition d'être complète. Bien au contraire, certains chapitres sont amplement développés.

La place réservée à la chirurgie est évidemment moins considérable. L'auteur consacre des pages intéressantes au traitement de la carie dentaire compliquée d'exposition pulpaire et de pulpite franche. L'extrême simplicité du traitement et les résultats heureux consignés sont particulièrement suggestifs.

Plus loin on trouve une grande étude sur la névralgie faciale, une autre sur les hyperostoses des racines dentaires et un chapitre intéressant intitulé : « Conditions durant lesquelles les opérations dentaires sérieuses doivent être évitées. » Viennent ensuite : « Une contribution sur les connaissances des humeurs des maxillaires » et des recherches « sur l'atrophie sénile de la mâchoire inférieure ».

Tout cela, nous le répétons, est illustré de dessins et de planches photographiques d'une exécution irréprochable, et cette dernière circonstance augmente notablement la valeur intrinsèque du livre, déjà très considérable.

Mendel JOSEPH.

Nous avons reçu les *Transactions of the Illinois State Dental Society ah the 32th annual meeting held at Springfield.*

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

BIBLIOTHÈQUE
de
L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Paris, le 7 décembre 1896.

Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*,

J'ai l'ohnneur de vous prier de vouloir bien insérer dans le plus prochain numéro de l'*Odontologie* la liste des dons faits à la Bibliothèque pendant les mois d'octobre et novembre 1896.

Veuillez agréer, etc.

Le Bibliothécaire,
BONNARD.

Volumes et brochures offerts par le Dr Sauvez.

BOULAUMIÉ.........	Cours de thérapeutique hydro-minérale.
DASTRE.............	Les anesthésiques.
FERRAN.............	Préservation de la phtisie pulmonaire et de son traitement dosimétrique.
	Atti del Congresso medico. Roma.
ARTHUIS............	Traitement.
FORTIN.............	La médecine de l'avenir.
FRÉMONT............	Action de l'eau de Vichy sur la nutrition.
LEJARD.............	Salies-de-Béarn. Anémie, etc.

Lataste	Etude de la faune des vertébrés de Barbarie.
Godon	Prothèse immédiate.
Rodète	Les médecins à Pougues.
Vidal	Les climats d'Hyères et les sanatoriums.
Garciavelez	Revista estomatologica.
Touchard	Rapport sur la loi de 1892.
Audigé	Rapport sur l'alcoolisme.
Auffret	Accidents des pétrissures mécaniques.
id	Travaux de la clinique chirurgicale de Brest.
Benjamin	Pneumonie infectieuse du cheval.
Butaresco	Tarsectomie totale.
id	Goître kystique, etc.
id	Résection scapulo-humérale gauche.
Brault	Origine non bactérienne du carcinome.
Brun	Arthrite aiguë blenorrhagique.
Bucquem	Strophantus dans les maladies du cœur.
id	Ulcères simples du duodénum.
Buffet	Epanchements pleurétiques.
Cros	Paralysie secondaire.
Castelin	Gastrotomie.
Chaput	Section de l'éperon. Anus contre nature.
Lenger	Statistique des opérations de Liège.
Apostoli	De l'influence du courant continu.
Peronne	De l'éducation populaire.
Dumesnil	De la colotomie.
Brigonnet et Naville	Chlorure d'éthyle.
Terrillon	Soins consécutifs aux opérations.
N.	Emploi de l'icthyol en thérapeutique.
N.	Il policlinico nº 8, 1894.
N.	The XIth international medical congress.

Annuaire de l'Association générale des étudiants de Paris.

Volumes offerts par le Dr Hugenschmidt.

Etude expérimentale des divers procédés de défense de la carie buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes (2 exemplaires de sa thèse).

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE ET DES ENFANTS DE PAUL DUBOIS

(Huitième liste.)

MM.	Ravet	Lyon	10 fr.
	Crouzet	—	10
	Hofzumahaus	Paris	50
	Mussatti	Turin	50
	Lemaire	Paris	2
	Guillermin	Genève	20
	Thuillier	Rouen	50
			192 fr.
	Total des listes précédentes		20.412 fr. 50
			20.604 fr. 50

Le Comité de la souscription Paul Dubois s'est réuni le 15 octobre 1896 pour décider du meilleur emploi des fonds recueillis, grâce à

la généreuse sympathie des nombreux donateurs qui ont répondu à son appel.

Actuellement le total des souscriptions s'élève à la somme de 20.604 fr. 50, sur laquelle 13.742 fr. 30 se trouvent déjà réalisés. Cette somme importante permettait d'apporter un réel secours à la famille du regretté Paul Dubois.

Le Comité de souscription, s'inspirant des idées échangées entre les organisateurs à l'époque de l'ouverture de la souscription, et conformément au règlement adopté, a décidé, pour sauvegarder les dons recueillis, de les distribuer sous forme d'une rente viagère au profit de Mme Dubois, tout en se préoccupant de la situation de ses enfants jusqu'à leur grande majorité de 25 ans, par une combinaison de réversibilité conçue dans un esprit de prévoyance.

Sur la proposition de M. d'Argent, spécialement chargé d'étudier la question, le Comité a approuvé la combinaison suivante, qui lui a paru propre à résoudre la question aussi complètement qu'il était possible avec la somme mise à sa disposition :

1° Mme Dubois recevra pendant toute sa vie et à compter de ce jour une rente annuelle d'environ 850 fr., payable par semestre de 425 fr. ;

2° A la mort de Mme Dubois, si elle survient avant leur grande majorité, ses deux enfants recevront *chacun* une rente annuelle de 500 fr. jusqu'à ce qu'ils aient 25 ans accomplis ;

3° De plus, quelle que soit l'éventualité, *chacun des enfants* est assuré d'une somme de 2.000 fr., s'il atteint sa 25e année.

Les polices d'assurances ont été pourvues d'une clause les rendant inaliénables, incessibles et insaisissables. Elles ont été souscrites à la Compagnie française « La Nationale ».

Une certaine portion des sommes souscrites étant recevable en cinq années, une partie seulement des résultats ci-dessus a été réalisée, ainsi qu'il ressort de l'état de comptes suivant :

Montant de la souscription à ce jour..........	20.604 fr.	50
Sommes reçues..........................	13.742	30
Emploi des sommes reçues :		
Frais des obsèques........................	461 fr.	85
Concession de terrain......................	200	25
Monument funéraire.......................	698	75
Correspondance et timbres de quittance......	44	85
A Mme Dubois. 442 fr. 80 de rente viagère*...	7.935	»
A M. Marc Dubois. Rente de survie de 500 fr..	903	65
A Mlle Dubois. Rente de survie de 500 fr......	1.280	55
A M. Marc Dubois. Assurance en cas de vie Capital assuré 2.000 fr. ...	1.036	25
A Mlle M. Dubois. Assurance en cas de vie Capital assuré 2.000 fr. ...	849	40
	13.410 fr.	55
Au Crédit Lyonnais.............	331	75
	13.742 fr.	30

* Au fur et à mesure des rentrées la rente se rapprochera de la somme indiquée plus haut.

Paris, le 12 décembre 1896.

Le trésorier,
G. VIAU.

NOUVELLES

LE CINQUANTENAIRE DE L'ANESTHÉSIE.

En raison de l'arrivée à Paris de l'Empereur et de l'Impératrice de Russie et des fêtes qui ont été données en leur honneur, la commission d'organisation des fêtes du cinquantième anniversaire de l'anesthésie a décidé de reporter cette fête au lundi gras, en février 1897.

La commission se réunira tous les mois ; elle a décidé de donner un éclat tout particulier à cette fête qui intéresse à un si haut point notre profession.

On nous prie d'insérer la note suivante :

Le Syndicat des Médecins de la Seine (700 membres, sous la présidence d'honneur des docteurs Brouardel et Le Baron), qui tient ses séances publiques à la Faculté de Médecine, a eu la séance mensuelle accoutumée de son Conseil d'administration le samedi 5 décembre, au siège social, 28, rue Serpente, Hôtel des Sociétés savantes.

Au cours de cette séance, il n'a été fait aucunement mention de l'affaire Thomson.

Ceci, afin d'éviter toute confusion entre notre Syndicat et le Syndicat général des médecins de Paris et du département de la Seine.

On représente en ce moment à Mannheim (Allemagne) un opéra, *Lili-Tsee*, dû au médecin-dentiste suisse Franz Curti, qui est en même temps compositeur. Cet opéra a eu beaucoup de succès à Dresde, où il a été joué un grand nombre de fois.

Une aurification coûte 125 francs et un dentier de caoutchouc 2.000 francs à Johannesburg (Transvaal) ; mais la vie est chère en proportion.

Le nombre des collèges dentaires des Etats-Unis est de 52 ; sur ce nombre 46 sont ou vont être membres de l'Association nationale des Facultés dentaires.

Le nombre des étudiants est de 6.013.

Le 20 décembre a été célébré à la Sorbonne le jubilé de M. le Dr Théophile Roussel, sénateur de la Lozère, qui vient d'avoir 80 ans. Chacun connaît les recherches de M. Roussel sur la nécrose phosphorée et personne n'ignore qu'à côté de ses études scientifiques il a poursuivi toute sa vie le bien de l'humanité dans des œuvres comme la protection de l'enfance en nourrice.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à la solennité par son Directeur.

COMMISSION D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE ET AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE 1900

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, celui de l'Association générale des Dentistes de France et le bureau de la Société d'Odontologie de Paris se sont préoccupés de la participation de nos différents groupes à l'Exposition universelle de 1900.

Ils ont nommé dans leurs séances respectives des délégués pour la formation d'une commission d'études, laquelle est ainsi composée :

MM. Blocman.	MM. Loup.	MM. Bugnot, de Rouen.
Bonnard.	Martinier.	Guénard, de Bordeaux.
Choquet.	Papot.	Martin, de Lyon.
Claser.	Ronnet.	Richer, de Vernon.
D'Argent.	Roy.	Rosenthal, de Nancy.
Godon.	Sauvez.	Schwartz, de Nîmes.
Lecaudey.	Viau.	
Lemerle.		

Dans une réunion tenue le mardi 15 décembre, un bureau provisoire a été constitué :

Président : M. Godon.
Vice-Présidents : MM. Viau et Ronnet.
Secrétaire : M. Sauvez.

La commission s'est ensuite partagée en trois sous-commissions.

AVIS

MM. les abonnés sont priés d'envoyer sans retard le montant de leur abonnement pour l'année 1897 à M. Papot, administrateur-gérant. Ceux qui négligeraient cette recommandation sont informés que les quittances présentées par la poste seront augmentées de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement.

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui possèdeut en double des numéros de *l'Odontologie* anciens ou récents de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires.

ERRATUM

Par suite d'une erreur de mise en pages, l'alinéa suivant a été omis dans la composition du compte rendu de la séance d'inauguration publié dans le dernier numéro (p. 637) :

Citons aussi M. le Dr Rolland, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux, qui très courtoisement forme des vœux pour l'union entre nos écoles.

Après l'audition de la Marseillaise, etc.

TABLE MÉTHODIQUE

DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SOCIÉTÉS DIVERSES

CONGRÈS DENTAIRES NATIONAUX

1° Congrès de Bordeaux.

2° Congrès de Nancy.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

REVUE DE L'ÉTRANGER

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

LIVRES ET REVUES

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

VARIA

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

INDEX ALPHABÉTIQUE